

Àmbit d'execució penal

INVESTIGACIÓN ENCARGADA

Delito y patología mental

**Estudio de reincidencia de los jóvenes
con trastorno mental atendidos en el
sistema de Justicia Juvenil de Cataluña**



Autores

Maria Ribas Siñol, Monica Civit Ramírez,
Noemi Del Prado Sánchez, Jaume Claramunt Mendoza,
Jaume Martínez Mas y Oriol Canalias Pérez

Año 2018

Delito y patología mental

Estudio de reincidencia de los jóvenes con trastorno mental atendidos en el sistema de Justicia Juvenil de Cataluña

Equipo de trabajo. Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Autores:

Maria Ribas Siñol (coord.)

Mònica Civit Ramírez

Noemí del Prado Sánchez

Jaume Claramunt Mendoza

Jaume Martínez Más

Oriol Canalias Pérez

Equipo de apoyo. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada

Manel Capdevila Capdevila (coord.)

Marta Ferrer Puig

Berta Framis Ferrer

Marta Blanch Serentill

Úrsula Ruiz Cabello

Aviso legal



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconocimiento-NoComercialsenseObraderivada 4.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es) cuyo texto completo se encuentra disponible en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Por ello, se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública del material, siempre que se cite la autoría del mismo y el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia) y no se haga un uso comercial del mismo ni se transforme para generar obra derivada.

Sumario

0. Introducción.....	7
1. Marco teórico	9
1.1. Conceptualización	9
1.2 El internamiento terapéutico en el marco legal de la Justicia Juvenil.....	13
1.3 Centros de internamiento de Justicia Juvenil en Cataluña.....	15
1.4 La Unidad Terapéutica del centro educativo Els Til·lers y el Programa de Salud Mental y Adicciones.....	16
1.5 La reincidencia en jóvenes infractores	18
1.6 Valoración del riesgo de violencia: SAVRY.....	21
2. La investigación	23
2.1 Finalidad	23
2.2 Objetivos	23
2.3 Hipótesis	23
2.4 Metodología	24
2.4.1. Población estudiada.....	24
2.4.2. Procedimiento de recogida de datos y trabajo de campo	24
2.4.3. Medida de la reincidencia	26
2.4.4. Variables de estudio	26
2.4.5. Análisis de los datos	27
3. Datos y resultados	28
3.1. Descriptivo y resultados generales de la población atendida en la Unidad Terapéutica del CE Els Til·lers	28
3.1.1. Características demográficas, sociales y antecedentes clínicos de la población atendida en la UT	28
3.1.2. Variables penales y de la medida judicial impuesta de la población atendida en la UT	32
3.1.3. Variables clínicas –diagnósticos– de la población atendida en la UT	35
3.1.4. Perfil psicológico del joven de la UT	38
3.1.5. Variables de riesgo de reincidencia violenta en la población atendida en la UT	47

3.2. Perfiles clínicos de la población atendida en la UT	51
3.2.1. Características de los jóvenes con trastorno mental severo.....	53
3.2.2 Características de los jóvenes con trastorno mental no severo.....	55
3.2.3. Características de los jóvenes con patología dual.....	57
3.2.5. Características de los jóvenes con diagnóstico de trastorno de conducta.....	63
3.2.6. Características de los jóvenes con diagnóstico de TDAH.....	65
3.2.7. Características de los jóvenes con diagnóstico de discapacidad intelectual leve.....	66
3.3. Reincidencia del joven atendido en la UT del CE Til·lers.....	68
3.3.1. Perfil del joven de la UT Til·lers reincidente <i>versus</i> el no reincidente	70
3.3.2. Variables SAVRY y riesgos del reincidente	73
3.3.3. Reincidencia según la problemática clínica del joven	75
3.4. Comparativa entre los jóvenes atendidos en la UT Til·lers y el resto de jóvenes de CE de Justicia Juvenil	81
3.4.1. Diferencias significativas en la evaluación SAVRY de la población UT y población general de CE de Justicia Juvenil.....	83
3.4.2. Comparativa del joven reincidente de internamiento en CE <i>versus</i> el joven reincidente de la UT Til·lers	90
3.5. Variables relativas a la reinserción comunitaria –salidas– de la población de la UT	92
4. Análisis y discusión de los resultados	96
5. Conclusiones.....	103
6. Propuestas de mejora	105
7. Referencias bibliográficas	107
8. Anexos	111
8.1. Variables de estudio y descriptivo.....	111
8.2. Tabla de características de los jóvenes con trastorno mental severo..	127
8.3 Tabla de características de los jóvenes con trastorno mental no severo 128	
8.4 Tabla de características de los jóvenes con patología dual.....	130
8.5 Tabla de características de los jóvenes con consumo de tóxicos.....	131
8.6 Tabla de características de los jóvenes con trastorno de conducta.....	133

8.7 Tabla de características de los jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad	134
8.8 Tabla de características de los jóvenes con discapacidad intelectual leve 136	
8.9 Tabla de variables SAVRY del joven no reincidente <i>versus</i> el reincidente de la muestra de la UT.....	137
8.10 Reincidencia de los jóvenes con trastorno mental severo	141
8.11 Reincidencia de los jóvenes con trastorno mental	143
8.12 Reincidencia de los jóvenes con patología dual.....	144
8.13 Reincidencia de los jóvenes con trastorno relacionado con el consumo de sustancias.....	145
8.14 Reincidencia de los jóvenes con trastorno de conducta	147
8.15 Reincidencia de los jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	148
8.16. Reincidencia de los jóvenes con discapacidad intelectual leve	149

Acrónimos

PROGRAMAS :

ATM:	Asesoramiento técnico de menores
IC:	Internamiento en centro
LV:	Libertad vigilada
MEPC:	Medidas de ejecución penal en la comunidad
PBC:	Prestaciones en beneficio de la comunidad (medida aplicada a menores)
TBC:	Trabajo en beneficio de la comunidad (medida aplicada a adultos)
TTA:	Tratamiento terapéutico ambulatorio

ENTIDADES:

CAS:	Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias
CSMA:	Centro de Salud Mental de Adultos
CSMIJ:	Centro de Salud Mental Infantojuvenil
CEJFE:	Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada
CE:	Centros Educativos de Internamiento de Justicia Juvenil
DGEPCJJ:	Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y de Justicia Juvenil
DGSP:	Dirección General de Servicios Penitenciarios
EMO:	Equipos de Medio Abierto
FHSPC:	Fundación Hospital Sant Pere Claver
JJ:	Justicia Juvenil
LORPM:	Ley Orgánica de Responsabilidad Penal del Menor
MILLE:	Unidad de Media y Larga Estancia Psiquiátrica
PSSJD:	Parc Sanitari Sant Joan de Déu
SIJJ:	Sistema Informático de Justicia Juvenil
SIPC:	Sistema Informático Penitenciario Catalán
UT:	Unidad Terapéutica del CE Els Til·lers–Parc Sanitari Sant Joan de Déu

DIAGNÓSTICOS

PD: Patología dual

TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

TM: Trastorno mental

TMS: Trastorno mental severo

0. Introducción

La adolescencia es una etapa especialmente conflictiva, y todavía más para aquellos jóvenes que presentan problemas de salud mental o adicciones y han mostrado conductas transgresoras que han requerido la intervención del sistema judicial de menores. La realidad de la delincuencia juvenil en nuestra sociedad sigue siendo una cuestión muy estigmatizada, y es especialmente desconocida la problemática existente en relación con los trastornos mentales en esta población y, en general, sobre los delitos y la reincidencia en las conductas antisociales. A menudo existe la idea de que los jóvenes con problemática de salud mental son más violentos y peligrosos que aquellos que no sufren trastornos, pero no se dispone de estudios que confirmen o profundicen en este tema en Cataluña.

La investigación que se presenta a continuación surge del interés en conseguir mayor información sobre el perfil de los jóvenes con patología mental y conducta delictiva que cumplen medidas de internamiento judicial en Cataluña y, concretamente, sobre la reincidencia delictiva. Se considera muy interesante mejorar en el conocimiento de la relación entre enfermedad mental y delito, así como sobre los factores de riesgo y de protección hacia la conducta violenta en esta población.

En este sentido, el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (CEJFE) lleva a cabo periódicamente actualizaciones de las tasas de reincidencia de los menores sometidos a medidas de internamiento judicial – entre otras–, y tiene publicados datos hasta el 2011.¹ Por otro lado, los profesionales del Parc Sanitari Sant Joan de Déu prestan asistencia especializada en salud mental y adicciones a los menores con medidas de internamiento judicial en centros educativos (CE) de Justicia Juvenil, y disponen de datos sociodemográficos, clínicos y de otras variables de los jóvenes que sufren uno o diversos trastornos mentales. Se ha propuesto

¹ Área de Investigación Social y Criminológica (2011): *Tasas de reincidencia 2010 de Justicia Juvenil: Actualización de la tasa de reincidencia de los jóvenes sometidos a medidas de libertad vigilada e internamiento en centro*. CEJFE. Edición en web <http://cejfe.gencat.cat/es/recerca/cataleg/crono/2011/reincidencia-2010-juvenil/index.html>

realizar una investigación retrospectiva conjunta entre el CEJFE y el Parc Sanitari Sant Joan de Déu, a fin de alcanzar un mayor conocimiento sobre el perfil del joven con problemática de salud mental o adicciones, detectar las diferencias que puedan presentar en relación con la enfermedad mental, conocer la tasa de reincidencia e identificar los factores de riesgo y de protección que más destacan en relación con la reincidencia delictiva. Se ha realizado un estudio de los adolescentes que finalizaron el internamiento en la Unidad Terapéutica del CE Els Til·lers, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, donde se atiende específicamente a los menores y jóvenes con trastornos mentales que están bajo la competencia de la Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y de Justicia Juvenil (DGEPCJJ), entre el 2010 y el 2013, haciendo un seguimiento hasta junio del 2016. Se han hecho comparativas entre el grupo objeto de estudio y los jóvenes que no presentan problemática de salud mental, y se ha obtenido información sobre la reincidencia delictiva de estos jóvenes.

El proyecto que se recoge en estas páginas desarrolla una primera fase de investigación, que aportará una descripción sobre la evolución de los jóvenes atendidos en la Unidad Terapéutica (UT) del CE Els Til·lers cuando regresan a la comunidad. El estudio que se plantea es innovador y original, permitirá disponer de una información que hasta el momento actual no ha sido evaluada y aportará elementos importantes para profundizar en una investigación posterior, prospectiva, que permitirá desarrollar con profundidad el tema y de la que podrán surgir propuestas y líneas de actuación para disminuir el riesgo de conductas transgresoras en estos adolescentes.

1. Marco teórico

1.1. Conceptualización

La investigación que se presenta a continuación es preciso enmarcarla dentro de la comprensión de la etapa de la adolescencia, los problemas de salud mental y adicciones de los jóvenes, así como la conducta transgresora que se da en esta etapa y, concretamente en algunos adolescentes, sobre todo en aquellos que presentan mayores factores de riesgo hacia el desarrollo de conducta violenta. Para situar el contexto de la investigación, es preciso tener en cuenta el marco legal de la Justicia Juvenil, la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores (LORPM) y sus modificaciones, la Ley 27/2001 de Justicia Juvenil y el Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la LORPM. La ley contempla los internamientos terapéuticos para los menores con problemas psíquicos. El Parlamento de Cataluña permitió establecer la colaboración, bajo la tutela y la coordinación públicas, de personas y entidades privadas sin ánimo de lucro en el caso de menores atendidos por el sistema judicial. Esto permite la gestión por parte del Parc Sanitari Sant Joan de Déu de la Unidad Terapéutica (UT) del CE Els Til·lers, fruto de un convenio de colaboración entre el Departamento de Justicia y el Departamento de Salud. Por último, es preciso revisar y tener en cuenta el término de la reincidencia asociada a la enfermedad mental en el sistema judicial de menores así como los sistemas utilizados para la valoración del riesgo de conducta violenta en jóvenes en la población de Cataluña.

Adolescencia: datos generales sobre trastorno mental y adicciones

La adolescencia es un etapa del desarrollo especialmente vulnerable. En el tránsito desde la infancia a la edad adulta, los jóvenes tienen el reto de establecer su identidad en un periodo de elevada inestabilidad, con cambios físicos, bioquímicos, emocionales y cognitivos que generan desequilibrios internos e inestabilidades emocionales extremas. Las respuestas contradictorias, el conflicto, la rebeldía del adolescente hacia los padres, la autoridad y la sociedad en general son un paso necesario en la creación del pensamiento, las opiniones propias y en el camino hacia la autonomía. Muchos

autores refieren que señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia es difícil (Freud, 1979). Pero algunos adolescentes presentan una persistencia en la expresión a través de la acción, con conductas de riesgo graves y, en ocasiones, violencia, a veces con una agresividad proactiva, como una forma de constitución de su identidad. Se marca aquí una primera diferencia entre el adolescente normal y el de estructura psicopática. La calidad del proceso de maduración y crecimiento de los primeros años de vida, la estabilidad de los afectos, las gratificaciones y frustraciones y la gradual adaptación a las exigencias ambientales, marcan en gran medida las diferencias individuales en las reacciones del adolescente, así como la gravedad y la intensidad de los conflictos (Aberastury y Knobel, 1971). El entorno familiar y las pautas educativas son determinantes y pueden moderar los conflictos internos de los hijos (Torrubia, 2004), la supervisión parental es imprescindible para alcanzar una socialización en el tránsito hacia la vida adulta. Muchos jóvenes han crecido en contextos adversos, caracterizados por negligencia parental, ineficacia en las pautas educativas y maltrato psicológico o físico y, aunque no existe un factor que por sí mismo explique la conducta violenta en el adolescente, el maltrato sufrido durante la infancia por ejemplo, tanto si se da en el ámbito familiar como fuera de él, genera problemas de salud mental, abuso de sustancias, aumenta las dificultades en las relaciones interpersonales, la probabilidad de suicidio y la conducta delictiva (Wood y otros, 2002; Widom y Maxfield, 2001).

El riesgo de desarrollar una enfermedad mental aumenta cuando existen antecedentes de maltrato y situaciones de adversidad. El Defensor del Pueblo de Cataluña (2014) expone el impacto que generan los factores sociales en la salud mental de los niños. La probabilidad de sufrir un trastorno mental se duplica cuanto más baja es la clase social.

Según el informe del Observatorio de la Salud de la Infancia y la Adolescencia FAROS Sant Joan de Déu (Álvarez y otros, 2008), los trastornos mentales en población menor de 15 años ocupa el tercer lugar de prevalencia de las enfermedades infantiles en España. Según la OMS (2015), la mitad de todos los trastornos de salud mental aparecen por primera vez antes de los 14 años y un 75% de ellos empiezan antes de los 18 años, pero en la mayoría de los

casos ni se detectan ni son tratados. La depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos entre los 10 y los 19 años. El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de edad entre los 15 y los 29 años.

En relación con datos epidemiológicos de Cataluña sobre prevalencia de trastornos mentales, es preciso destacar que no existen suficientes estudios epidemiológicos fiables y solo disponemos de datos parciales (Coscolla y otros, 2016). El Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña publica anualmente los resultados de una serie de indicadores en relación con la actividad asistencial en los centros de salud mental infantojuvenil. Los datos del 2013 indican que el 10,9% de la población sufre un trastorno mental grave, el trastorno por déficit de atención (TDAH) es el diagnóstico principal más frecuente (23%) y, entre las patologías emergentes priorizadas, destacan los trastornos del espectro autista (TEA), que suponen el 7,5% de los menores atendidos, y los trastornos de conducta (TC), presentes en el 5,7% del total de pacientes. No se disponen de datos publicados respecto al consumo de sustancias. A pesar de ello, el informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012) indica que la prevalencia de consumo en España de cánnabis y cocaína en población adolescente es de las más altas de Europa. Esta problemática a menudo repercute en el aumento de la violencia, la criminalidad y la incapacidad para una integración social adecuada, que afecta a la sociedad en su conjunto.

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, en el informe ejecutivo del 2016, publica los datos del 2014 de la encuesta sobre uso de drogas en la Enseñanza Secundaria en España (ESTUDES), realizada en todo el territorio nacional a los estudiantes de 14 a 18 años que cursan estudios de secundaria. Las drogas más consumidas por los jóvenes son, de mayor a menor prevalencia, el alcohol, el tabaco y el cánnabis, y está más extendido el consumo legal en las chicas y el consumo de drogas ilegales en los chicos. La edad de inicio del consumo se sitúa entre los 13 y los 16 años. El 76,8% de los adolescentes han consumido alcohol en el último año y el 42,6% admitieron que se habían emborrachado. El cánnabis es la droga ilegal más consumida, el 29,1% de los jóvenes de 14 a 18 años la han consumido alguna vez, el

consumo problemático de cánnabis (CAST \geq 4)² se encuentra en el 2,5% de la población en esta franja de edad. La cocaína (polvo o base) ha sido consumida alguna vez por el 3,5% de la población evaluada.

Es preciso destacar que estudios epidemiológicos indican que entre el 60 y el 88% de los pacientes adolescentes que inician un tratamiento por consumo de tóxicos presentan comorbilidad psiquiátrica, es decir, un trastorno asociado de problemática de salud mental y, por lo tanto, constituían casos de la denominada patología dual (Chan, Dennis y Funk, 2008; Armstrong y Costello, 2002).

Adolescentes transgresores: trastorno mental y consumo de tóxicos

Los adolescentes atendidos en el sistema judicial de menores presentan índices de trastornos mentales superiores a las tasas encontradas en la población general. Aunque la prevalencia puede variar de un estudio a otro en función de la metodología utilizada, los porcentajes se sitúan entre el 65% y el 85% de los jóvenes que se encuentran cumpliendo medidas judiciales de internamiento. Estudios realizados en Estados Unidos (Shelton, 2001) indican que un 53% de los jóvenes que delinquen cumplen criterios de diagnóstico de trastorno mental, un 26% requieren la intervención inmediata de los servicios de salud mental y un 14% presenta trastorno mental severo. Otros resultados sugieren que un 31% presenta una alta necesidad de atención especializada en salud mental, y destaca que uno de cada cinco presenta un coeficiente intelectual menor a 70 (Chitsabesan y otros, 2006). Un metaanálisis de 25 estudios sobre la prevalencia de trastornos mentales en jóvenes con conductas delincuenciales realizado por Fazel y otros (2008) concluye también que la patología mental es más común entre los jóvenes atendidos en el sistema judicial que en la población en general. Concretamente, los jóvenes con conductas transgresoras son 10 veces más propensos a sufrir patología del espectro psicótico, el trastorno de conducta es de 10 a 20 veces más grande en chicas delincuentes y de 5 a 10 veces más probable en los chicos; y la depresión mayor es entre 3 y 4 veces más frecuente en las chicas detenidas.

² Puntuación mayor a 4 puntos en el *Cannabis Abuse Screening Test*: escala que mide en adolescentes el consumo que comporta consecuencias sociales y de salud para uno mismo y para el entorno del joven.

Estos datos son congruentes con los encontrados en el sistema judicial de menores de Cataluña. En el 2016, el 45,7% de los jóvenes que ingresaron en centros de internamiento judicial necesitaron intervención especializada en salud mental y adicciones. El 30,4% de la muestra por presentar patología relacionada con el consumo de sustancias; el 17,4% de la población por presentar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y el 16,7%, un trastorno de personalidad. La patología del espectro psicótico se encontró en un 8,7% de la muestra.³

El consumo de tóxicos en adolescentes infractores es una cuestión que ha ido generando un interés creciente (Delisi y otros, 2015). Significativamente, en esta población el inicio en el consumo de sustancias se produce a una edad menor. El 17% de los jóvenes con conductas delincuenciales han iniciado el consumo de alcohol a los 10 años, y el de inhalantes y marihuana, a los 13 años. Además, la proporción de adicción se encuentra entre el 25% y el 67% en los estudios llevados a cabo y se asocia con la reincidencia delictiva (Johnson y otros, 2004; Young y otros, 2007). En Cataluña, en el ámbito de Justicia Juvenil se encontró una prevalencia de consumo de drogas del 78,5%, el 51,4% de la muestra presentaba adicción a una única sustancia y el 27,1% eran policonsumidores. El cánnabis es la sustancia con mayor consumo, seguida de la cocaína y el alcohol (Ribas y otros, 2015).

1.2 El internamiento terapéutico en el marco legal de la Justicia Juvenil

El contexto legal en el que se enmarca la Justicia Juvenil es la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal del Menor (LORPM), que entró en vigor el 13 de enero del 2001, así como sus posteriores modificaciones: la Ley Orgánica 7/2000, la 15/2003 y, finalmente, la 8/2006, así como el Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000. Este es el marco donde se encuadra el internamiento terapéutico, aunque es preciso precisar que en Cataluña, el

³ Fuente: Historia Clínica Informatizada del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

ámbito territorial estudiado en esta investigación, hay aspectos específicos de la ejecución que se regulan en la ley catalana 27/2001, de 31 de diciembre, de Justicia Juvenil. Además, no se pueden obviar las exigencias de la normativa internacional en cuanto al tratamiento de los delincuentes juveniles, en el internamiento de los menores, y los derechos y necesidades de las personas con trastornos mentales, dado que el tema que nos ocupa es una intersección de estas cuestiones. A título de ejemplo, mencionar la Recomendación (CM/R/2008)11⁴ del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre las reglas europeas para infractores menores de edad sometidos a sanciones o medidas de internamiento, o la Resolución 45/113, de 14 de diciembre de 1990, o bien las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los menores de edad privados de libertad, y, finalmente, la Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre el seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que sufren trastornos mentales.

En el ámbito legal, el internamiento terapéutico se entiende como una atención educativa especializada o tratamiento específico dirigido a personas que padecen anomalías psíquicas o alteraciones en la percepción que determinan una irregularidad grave de la conciencia de la realidad. No obstante, también se aplica a los jóvenes con problemas de toxicomanías. A pesar de ello, el internamiento no es la única medida dirigida al tratamiento de personas que sufren estos trastornos, ya que también existe la medida de tratamiento de carácter ambulatorio. Ambas medidas se pueden aplicar como medida única o como complemento de otra. Además, si es para favorecer el proceso de deshabitación solo se podrán imponer con el consentimiento del interesado.

Tanto el internamiento terapéutico como el tratamiento ambulatorio han sido previstos ya en el inicio de la regulación de las medidas educativas y no ha sufrido modificaciones, excepto que en la actualidad el internamiento terapéutico puede tener lugar en régimen cerrado, semiabierto o abierto, es decir, lo que varía es dónde o en qué instituciones se recibe la atención educativa o el tratamiento.

⁴ <http://cejfe.gencat.cat/es/recerca/recce/recomanacions-menors/>

1.3 Centros de internamiento de Justicia Juvenil en Cataluña

En Cataluña existen siete centros de internamiento por orden judicial para los menores que han cometido delitos graves o que presentan una elevada reincidencia. El internamiento es una medida privativa de libertad que obliga a la persona a quedarse en un centro educativo (CE) o terapéutico durante el tiempo impuesto en una sentencia judicial. Existen diferentes tipo de medidas :

- Régimen cerrado: el menor o joven hace todas las actividades del programa educativo dentro de un centro educativo.
- Régimen semiabierto: el menor o joven hace algunas de las actividades del programa educativo fuera del centro.
- Régimen abierto: el menor o joven hace todas las actividades del programa educativo fuera del centro.
- Internamiento terapéutico: el menor o joven recibe un tratamiento específico por su alteración psíquica o dependencia de sustancias tóxicas en un centro.
- Permanencia de fin de semana (en un centro educativo o en el domicilio): el menor o joven tiene que estar hasta un máximo de 36 horas en un centro o en su casa, entre la tarde del viernes y la noche del domingo⁵

Los centros de internamiento existentes en Cataluña son:

- CE Can Lluçà: destinado a la atención de menores con medidas de internamiento firmes y cautelares en cualquier tipo de régimen. Capacidad de 128 plazas.
- CE L'Alzina: destinado a la atención de menores con medidas de internamiento firmes y cautelares en cualquier tipo de régimen. 90 plazas
- CE El Segre: destinado a atención de menores con medidas de internamiento firmes y cautelares en cualquier tipo de régimen. 30 plazas.

⁵ http://justicia.gencat.cat/ca/ambits/justicia_juvenil/ambits_d_actuacio/internament

- CE Oriol Badia: Destinado a la ejecución de medidas de internamiento firmes y cautelares en régimen semiabierto y abierto. 14 plazas.
- CE Montilivi: Destinado a la ejecución de medidas de internamiento firmes y cautelares en régimen semiabierto y abierto. 12 plazas.
- CE Folch i Torres: Destinado a la ejecución de medidas de internamiento firmes y cautelares en régimen semiabierto y abierto. 12 plazas
- Unidad Terapéutica del CE Els Til·lers: Centro destinado a la atención de menores y jóvenes que tienen que recibir una intervención específica para su alteración psíquica o dependencia de sustancias tóxicas. 12 plazas.

En 2016 un total de 474 adolescentes de entre 14 y 21 años cumplieron medidas de internamiento en centros educativos de Justicia Juvenil en Cataluña.

1.4 La Unidad Terapéutica del centro educativo Els Til·lers y el Programa de Salud Mental y Adicciones

La población atendida con problemática de salud mental o adicciones en el ámbito de la Justicia Juvenil (JJ) en Cataluña presenta una elevada complejidad: impulsividad, dificultades en la mentalización de los conflictos, graves carencias afectivas, patología dual. En conjunto, nos encontramos con trastornos mentales complejos, en los que la interacción entre la vulnerabilidad biológica y los factores ambientales, sociales, familiares y escolares determinan la necesidad de intervenciones específicas y muy adaptadas a las diferentes edades y a la etapa evolutiva en que se encuentre cada adolescente. Como ya hemos mencionado, la franja de edad atendida en el sistema de Justicia Juvenil comprende desde los 14 hasta los 18 años en cuanto a la franja de edad penal (edad de comisión del delito) y hasta los 21 años respecto a la posibilidad de atención en el cumplimiento de las medidas (edad de la intervención del sistema de JJ). Nos encontramos con una alta prevalencia de trastornos, que tanto pueden estar relacionados con descompensaciones de patología previa, en muchas ocasiones grave (del espectro psicótico o afectivo), como reacciones provocadas y desencadenadas por la situación del internamiento judicial (ansiedad, depresión, episodios de ira o de agitación, autolesiones...), y

asociado en muchas ocasiones con los síntomas relacionados con el consumo de sustancias o con la abstinencia.

El Programa de Salud Mental y Adicciones que el Parc Sanitari Sant Joan de Déu lleva a cabo en los centros educativos cerrados de Justicia Juvenil de la provincia de Barcelona dispone de dos niveles asistenciales:

1.– **Hospitalización:** ingreso en la Unidad Terapéutica del CE Els Til·lers

2.– **Atención ambulatoria:** interconsulta a menores y jóvenes privados de libertad que requieren atención especializada en salud mental y adicciones y que se encuentran internos en el CE Can Llupià y CE Alzina.

La Unidad Terapéutica (UT) del CE Els Til·lers se inaugura en 2006 a partir de un convenio de colaboración entre el Departamento de Justicia, el Departamento de Salud y la Orden de Sant Joan de Déu, y está gestionada por profesionales del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD, en adelante), en coordinación con los profesionales del Departamento de Justicia. Ubicada dentro del CE Els Til·lers, en Mollet del Vallès, atiende los casos con internamientos terapéuticos de toda Cataluña y todos aquellos que, por gravedad clínica, requieren una intervención intensiva psicoterapéutica y psiquiátrica en un contexto sanitario. La unidad está especializada en salud mental y adicciones en población juvenil, y lleva a cabo la evaluación y el psicodiagnóstico, así como la atención psicoterapéutica y psicoeducativa intensiva, en un entorno residencial de comunidad terapéutica educativa. La UT es mixta, dispone de 12 plazas para chicos y chicas de 14 a 21 años, con patología mental o alto riesgo de desarrollo de trastorno mental o problemas de adicciones. Todos los casos atendidos están bajo la competencia de la DGEPCJJ, porque se han cometido delitos, y están cumpliendo medidas de internamiento.

En el modelo actual de asistencia especializada en salud mental y adicciones, a los CE Can LLupià y L'Alzina, los dos centros con mayor capacidad para

internamiento de menores en Cataluña, se desplazan profesionales del PSSJD, concretamente un psicólogo clínico y un psiquiatra, para realizar una atención ambulatoria especializada. Este modelo permite que se detecten casos que requieren una atención más intensiva y se proponga la derivación a la Unidad Terapéutica.

Así, la UT puede atender aquellos casos en que el juez considere la necesidad de tratamiento especializado y así lo pida en su sentencia, mediante un internamiento terapéutico, pero también aquellos otros menores o jóvenes que, a criterio del equipo terapéutico del PSSJD que realiza atención ambulatoria, interconsulta, con la pertinente autorización judicial, se considere que presentan un trastorno mental diagnosticado y que pueden beneficiarse del tratamiento.

La UT desarrolla un modelo integral de atención terapéutico-educativo, ya que tratar a un adolescente implica atender su problemática pero también potenciar el desarrollo positivo durante esta etapa vital. Los programas terapéuticos se elaboran con el objetivo de asegurar la atención integral de los trastornos psiquiátricos y psicológicos, teniendo en cuenta los factores biológicos, psicosociales y familiares. Esta atención integral se articula mediante las intervenciones coordinadas por un proyecto terapéutico educativo individualizado del equipo multidisciplinario, generador de sinergias, de tal forma que los avances en el desarrollo educativo permiten una mejor comprensión y aprovechamiento de la intervención terapéutica. Asimismo, la psicoterapia favorece el crecimiento personal y social, y por lo tanto, los avances en el ámbito educativo.

1.5 La reincidencia en jóvenes infractores

La reincidencia en sentido amplio se entiende como la comisión de nuevos delitos cuando previamente ya se habían cometido conductas delictivas. La medida de la reincidencia del presente estudio se basa en la investigación sobre reincidencia llevada a cabo por el Centro de Estudios Jurídicos y

Formación Especializada del Departamento de Justicia,⁶ y se define como el retorno a la Justicia de Menores (una nueva demanda por parte de Fiscalía de Menores, un asesoramiento técnico por un hecho delictivo o una medida cautelar como mínimo) o haber sido derivado a la Justicia de Adultos (asesoramiento, medidas penales alternativas, arresto de fin de semana o ingreso en prisión) por ser acusado de cometer un delito posterior a la finalización del internamiento en la UT del CE Els Til·lers, entre el 2010 y el 2013, evaluando la reincidencia entre el día que salieron de la UT y el 30 de junio de 2016. Es preciso destacar que los jóvenes que ejecutan medidas de internamiento judicial en centros educativos son los que han cometido delitos más graves o de forma reiterada y es una población muy específica.

Las tasas de reincidencia en el ámbito de la Justicia Juvenil (JJ) en Cataluña en el 2011 se sitúan en el 28,7% para los jóvenes que han cumplido medida de libertad vigilada y en el 57,8% para los jóvenes que cumplen medida de internamiento en centros educativos. Estos últimos también tardan menos tiempo en volver a reincidir, concretamente, el 55,9% de los reincidentes cometen un nuevo hecho delictivo durante los primeros seis meses posteriores a la finalización de la medida. Los estudios actuales indican que no se encuentran diferencias significativas en las tasas de reincidencia en función de los diferentes centros educativos. El CE L'Alzina, Can Llupià y Montilivi presentan una tasa de reincidencia superior a la media (75,0%; 64,0% y 62,5% respectivamente, en comparación con el 57,8% de media).⁷

En el ámbito español, los estudios realizados en Cataluña (Capdevila, Ferrer y Luque, 2006), Asturias (Bravo, Sierra y del Valle, 2007), Madrid (Graña, Garrido y González Cieza, 2007, 2008), entre otros, han permitido disponer de datos específicos sobre la tasa de reincidencia y los factores de riesgo que se asocian a la comisión de nuevos delitos. En síntesis, la tasa media de reincidencia juvenil se encuentra en torno al 25%, pero el rango de la reincidencia es muy amplio, y varía desde el 12% hasta el 70%. Teniendo en

⁶ http://justicia.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/doc_16636043_1.pdf

⁷ Área de Investigación Social y Criminológica (2012): *Tasas de reincidencia 2011 de Justicia Juvenil: Actualización de la tasa de reincidencia de los jóvenes sometidos a medidas de libertad vigilada e internamiento en centro*. CEJFE. Edición en web <http://cejfe.gencat.cat/es/recerca/cataleg/tema/justicia-juvenil/>

cuenta la medida judicial aplicada, la tasa más elevada de comisión de nuevos delitos se encuentra en las medidas de internamiento en centro, con un porcentaje sobre el 60%, seguida de la libertad vigilada que se encuentra en torno al 30%. En relación con las variables de riesgo que se asocian a mayor reincidencia de los menores se destaca el consumo elevado de tóxicos, sufrir un trastorno mental, hiperactividad o impulsividad, mayor número de características sociofamiliares desfavorables (violencia familiar, estilos educativos incoherentes, ruptura de vínculos con los progenitores...), el fracaso escolar, no tener trabajo, no convivir con la familia o no tener un domicilio fijo, tener una pareja disocial, continuar relacionándose con un grupo de iguales con conductas delictivas, mayor número de antecedentes delictivos previos y haber realizado un delito violento.

No disponemos de estudios de ámbito estatal ni autonómico en España sobre la reincidencia específica en jóvenes que han cumplido una medida de internamiento terapéutico o en un centro terapéutico con características similares a las de la UT del CE Els Til·lers.

Estudios longitudinales sobre los adolescentes detenidos en los Estados Unidos asocian los problemas de salud mental (McReynolds, Shwalbe y Wasserman, 2010), sobre todo el trastorno de conducta, el consumo de tóxicos (Bath, Clark y Low, 2013), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Gordon, Diehl y Anderson, 2012) y la coexistencia de patologías mentales con un elevado riesgo de reincidencia, que se sitúa entre el 30% y el 50% en los seis meses posteriores al desinternamiento judicial.

En general y también en el ámbito europeo, el consumo de tóxicos es un factor que por sí solo supone un aumento significativo del riesgo de reincidencia, y es determinante incluso en los casos en que se da también un diagnóstico de trastorno mental asociado a la toxicomanía (Colins, Vermeiren, Markus, Broekaert, Doreleijers, 2011).

La detección de problemáticas de salud mental en jóvenes que han cometido un primer delito y el seguimiento de un tratamiento especializado al respecto, resulta un factor protector hacia la reincidencia. No únicamente las tasas son menores sino que se tarda más tiempo en volver en reincidir (Zeola, Guina y Nahhas, 2017).

1.6 Valoración del riesgo de violencia: SAVRY

El SAVRY es un instrumento para la valoración estructurada del riesgo de reincidencia. El SAVRY se estructura en 24 factores de riesgo y 6 de protección. Estos factores se evalúan a través de diferentes fuentes de información de que dispone el profesional, entre ellas una entrevista semiestructurada que es preciso hacer al joven. El propio instrumento contiene una guía que sistematiza la evaluación del riesgo. La valoración final es una valoración profesional integrada que tiene que ofrecer una visión global del joven. Esta valoración permite a los profesionales comprender e integrar las necesidades de intervención que presentan los jóvenes e intervenir para gestionarlas y reducir el riesgo de reincidencia.

Los factores de riesgo y protección se agrupan en cuatro secciones:

- Factores históricos (por ejemplo: violencia previa, inicio temprano de la violencia, exposición a violencia en el hogar, bajo rendimiento en la escuela)
- Factores sociales/contextuales (por ejemplo: delincuencia en el grupo de iguales, escasa habilidad de los padres para educar)
- Factores individuales (por ejemplo: actitudes negativas, asunción de riesgos/impulsividad, bajo nivel de empatía/remordimientos)
- Factores de protección (por ejemplo: implicación prosocial, perseverancia como rasgo de personalidad).

Cada factor de riesgo tiene un esquema de codificación de tres valores: alto, moderado y bajo, mientras que cada factor de protección se codifica en valores de presente y ausente. Es preciso destacar que algunos de los factores del SAVRY son estáticos, es decir, no se pueden modificar con el paso del tiempo o con la intervención profesional (por ejemplo, la edad del primer delito o una historia de maltrato en la infancia). Otros factores son dinámicos, se pueden modificar con el paso del tiempo y permiten la actuación profesional (por ejemplo, el consumo de tóxicos o la relación con un grupo de iguales disocial). Los factores de protección, es decir, los aspectos positivos del joven y su entorno que pueden contribuir a rebajar el riesgo de reincidencia (por ejemplo, fuerte vinculación con un adulto prosocial, o fuerte compromiso con la escuela o el trabajo) son áreas de intervención que también evalúa el cuestionario.

El SAVRY se administra a todos los jóvenes que ingresan en centros educativos de Justicia Juvenil.

2. La investigación

2.1 Finalidad

La finalidad de la investigación es obtener información sobre el perfil y la relación entre patología mental, delito y reincidencia, de los menores y jóvenes atendidos en la Unidad Terapéutica (UT) del centro educativo Els Til·lers que finalizaron un internamiento entre el 2010 y el 2013, evaluando la reincidencia entre el día que salieron de la UT y el 30 de junio de 2016, fecha de finalización del periodo de seguimiento, ya sea en la ejecución penal de menores o de adultos.

2.2 Objetivos

Los objetivos específicos de esta investigación son:

- 1) Conocer el perfil sociodemográfico y clínico del joven atendido en la UT Til·lers.
- 2) Conocer las diferencias encontradas en el perfil del joven según la patología que presenta y la reincidencia.
- 3) Detectar aquellos factores de riesgo y aquellos factores de protección que más destacan en las características de los jóvenes atendidos en la UT en relación con la reincidencia delictiva.
- 4) Comparar el perfil, los factores de riesgo y de protección, y la tasa de reincidencia de los jóvenes atendidos en la UT con la de los jóvenes atendidos en otros centros educativos de Justicia Juvenil.
- 5) Evaluar las diferencias en reinserción comunitaria de los jóvenes de la UT *versus* población general de Justicia Juvenil.
- 6) Identificar aspectos de estudio en los que sea preciso profundizar en un futuro.

2.3 Hipótesis

- 1) Encontraremos relación entre tipología de trastornos, tipo de delito cometido y reincidencia.
- 2) Los jóvenes con patología dual presentan una reincidencia más alta.

- 3) Tener un trastorno mental no es un factor de riesgo para reincidencia.
- 4) Los jóvenes con mayor tiempo de internamiento en la UT y mayor apoyo familiar y social presentan menor reincidencia delictiva.
- 5) Encontraremos diferencias entre el perfil de jóvenes atendidos en la UT y los atendidos en población general de Justicia Juvenil.
- 6) Esperamos encontrar una relación entre mayor reinserción comunitaria y menor reincidencia delictiva.

2.4 Metodología

2.4.1. Población estudiada

El objeto de estudio son todos los jóvenes que entre el 2010 y el 2013 finalizaron una medida de internamiento judicial en la UT del CE Els Til·lers (N=81).

Esta es la primera vez que se hace un estudio de estas características con población sometida a medidas penales juveniles en un centro de internamiento terapéutico. Se ha valorado incluir a toda la población como objeto de estudio ampliando el máximo posible la muestra de personas incluidas (4 años). A pesar de ello, el número de casos es reducido y es preciso ser muy prudente tanto en el momento de interpretar los datos como en el de hacer generalizaciones.

2.4.2. Procedimiento de recogida de datos y trabajo de campo

Para la recogida de datos se han realizado las siguientes acciones:

- Extracción informática de datos descriptivos del SIJJ (Sistema Informático de Justicia Juvenil) en ficheros Excel: variables personales, variables de antecedentes penales, variables penales, variables del programa⁸ e incidencias durante el cumplimiento de la medida.

⁸ En el ámbito de la Justicia Juvenil cada una de las medidas judiciales aplicadas a un menor se llaman «programa».

- Extracción informática de los datos SAVRY⁹ (incluido en el SIJJ) en ficheros Excel. El SAVRY es una herramienta de evaluación semiestructurada del riesgo que sirve para valorar los factores de riesgo y de protección que presentan los jóvenes ante la posibilidad de cometer un delito. Esta evaluación permite a los profesionales comprender e integrar las variables de riesgo de los jóvenes e intervenir para gestionarlo. Recoge específicamente 24 factores de riesgo agrupados en datos históricos, personales, contextuales y 6 factores de protección.
- Extracción informática de datos descriptivos específicos de la gestión interna de la UT del CE Til·lers, así como los resultados de los instrumentos clínicos suministrados a los jóvenes. Los datos sociodemográficos tanto personales como familiares han sido recogidos mediante un cuestionario diseñado específicamente *ad hoc*. Los diagnósticos clínicos de la población objeto de estudio han sido realizados por expertos en psiquiatría y psicología utilizando para los diagnósticos de los trastornos clínicos y del consumo de sustancias las categorías del Eje I y Eje II del DSM IV-TR,¹⁰ ya que durante el periodo de evaluación (2010-2013) esta era la clasificación recomendada por la Asociación de Psiquiatría a escala internacional.
- Extracción informática de los resultados de los tests psicológicos administrados a la población estudiada por parte del equipo técnico de la UT del CE Til·lers.
- Extracción de los datos recogidos para la investigación sobre *la tasa de reincidencia en Justicia Juvenil*¹¹ y comparación de los resultados de los jóvenes internados en otros centros educativos con la UT Til·lers.

⁹ SAVRY (Structured Assessment of Violent Risk in Youth: Borum, R.; Bartel, P. y Forth, A., 2002, traducción al catalán/castellano: Vallès, L. y Hilterman, E., 2006).

¹⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

¹¹ <http://ceife.gencat.cat/es/recerca/cataleg/crono/2017/reincidencia-ji/>

2.4.3. Medida de la reincidencia

El periodo de seguimiento para observar la reincidencia se inicia en el momento de finalización de la causa base¹² por parte de cada uno de los jóvenes internados en la UT del CE Til·lers, entre el 2010 y el 2013, y se extiende hasta el 30 de junio de 2016, con una media de 4,5 años de seguimiento (mínimo de 2,5 y máximo de 5,5 años). La reincidencia se recoge individualmente para cada caso y se consultan las bases de datos del SIJJ (Justicia Juvenil), MPA (medidas penales alternativas) y SIPC (Sistema Informático Penitenciario Catalán). Por lo tanto, el tipo de tasa recogida se refiere a la reincidencia en ejecución penal (retorno al sistema de ejecución penal, de menores o de adultos, por un hecho delictivo cometido con posterioridad a la salida de la UT).

2.4.4. Variables de estudio

Se han procesado los datos primarios recogidos en un paquete estadístico SPSS versión 17.0 para obtener una única matriz de datos. En el anexo 8.1 se detallan las variables que forman parte de la matriz, juntamente con su descripción y codificación. Estas variables se han dividido en cuatro grandes bloques:

- a) los datos descriptivos del SIJJ
- b) las variables relativas al SAVRY y riesgos añadidos
- c) los datos facilitados por UT del CE Els Til·lers
- d) las variables relativas a la reincidencia

¹² Causa base es el expediente de la Fiscalía por el que el menor ha cumplido y finalizado una medida de internamiento judicial dentro del periodo de referencia (2010–2013).

2.4.5. Análisis de los datos

El análisis de los datos es estadístico. Se realiza con el paquete estadístico SPSS versión 17.0 y se practican las siguientes pruebas:

- Descriptivos (tablas de frecuencias absolutas y relativas, medias y desviación típica).
- Tabla de contingencia (Phi y V de Cramer y residuos tipificados corregidos).
- Análisis de la variancia para muestras independientes (ANOVA) a fin de estudiar la asociación entre variables nominales y numéricas.
- Análisis multivariado factorial y clúster.

3. Datos y resultados

3.1. Descriptivo y resultados generales de la población atendida en la Unidad Terapéutica del CE Els Til·lers

3.1.1. Características demográficas, sociales y antecedentes clínicos de la población atendida en la UT

La población objeto de estudio son 81 adolescentes, con una media de edad de 16 años, mayoritariamente hombres (96,3%), de nacionalidad española (70,4%). Han cometido el hecho delictivo principal que ha motivado el internamiento judicial a los 16 o 17 años en el 74,1% de los casos. La provincia de residencia es Barcelona en el 89,2% de la muestra. Mayoritariamente la familia tiene un nivel socioeconómico medio (65,4%) y los jóvenes tienen un nivel de educación secundaria en el 71,6% de los casos. El 21% de la muestra vive con la familia nuclear (conviven la pareja y los hijos en la misma vivienda), el 25,9% viven en un núcleo familiar monoparental materno y el 21% en un núcleo reconstituido materno (madre con nueva pareja sentimental).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%
Sexo	Hombre	78	96,3
	Mujer	3	3,7
Edad en el hecho principal	14 o 15 años	21	25,9
	16 o 17 años	60	74,1
Nacionalidad	Español	57	70,4
	Extranjero	24	29,6
Área geográfica de procedencia	Europa	4	16,7
	Magreb	9	37,5
	América Central y del Sur	8	33,3
	Otros	3	12,5
Provincia de residencia	Barcelona	66	89,2
	Girona	3	4,1
	Lleida	0	0,0
	Tarragona	5	6,8
Nivel socioeconómico	Bajo	23	28,4

	Medio	53	65,4
	Alto	5	6,2
Nivel educativo	Primaria	19	23,5
	Secundaria	58	71,6
	Bachillerato	4	4,9
Núcleo de convivencia	Monoparental materno	21	25,9
	Monoparental paterno	8	9,9
	Nuclear (normal)	17	21,0
	Reconstituido materno	17	21,0
	Reconstituido paterno	2	2,5
	Extensa	1	1,2
	En institución (DGAIA)	8	9,9
	Comunidad terapéutica	2	2,5
	Sin hogar / Albergue	1	1,2
	Familia adoptiva con ambos progenitores	3	3,7
	Otros	1	1,2

En relación con las **variables del entorno familiar relevantes a nivel clínico y social**, es preciso destacar en cuanto a antecedentes psiquiátricos, que las madres presentan un trastorno mental severo en el 11,1% de los casos y los padres en el 7,4%. La problemática asociada a toxicomanía en los progenitores se encuentra en el 22,3% de los padres y en el 6,2% de las mares. El 17,3% de los progenitores han padecido ellos mismos malos tratos durante su infancia. En el 12,3% de los casos, uno o ambos progenitores presentan antecedentes delictivos. El 59,3% de los padres están separados o divorciados. La muerte del progenitor se encuentra en el 11,1% de los casos y de la madre en el 3,7%.

Tabla 2. Antecedentes familiares clínicos, penales y sociales relevantes de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%
Antecedentes psiquiátricos maternos	Sin antecedentes	60	74,1
	Madre TMS	9	11,1
	Madre toxicómana	5	6,2
	Madre R.M.	4	4,9
	Alteración psiquiátrica no TMS	3	3,7

Variable	Categoría	N	%
Antecedentes psiquiátricos paternos	Sin antecedentes	54	66,7
	Padre TMS	6	7,4
	Padre toxicómano	16	19,8
	Padre alcoholismo	2	2,5
	Padre R.M.	2	2,5
	Alteración psiquiátrica no TMS	1	1,2
Antecedentes familiares de de sufrir violencia parental	No	67	82,7
	Padre antecedentes de maltrato	6	7,4
	Madre antecedentes de maltrato	7	8,6
	Ambos antecedentes maltrato	1	1,2
Antecedentes delictivos familiares	Sin antecedentes	71	87,7
	Padre encarcelado	6	7,4
	Madre encarcelada	4	4,9
Muerte progenitores	No	69	85,2
	Padre	9	11,1
	Madre	3	3,7
Separación padres biológicos	No	33	40,7
	Sí	48	59,3

En cuanto a los **antecedentes personales** de la muestra, se han evaluado retrospectivamente los malos tratos, y se ha identificado negligencia en el 33,3% de los casos. Los jóvenes atendidos en la UT han sido objeto de maltrato físico en el 18,5% de la muestra y un 5% han sufrido abuso sexual. La conducta autolesiva de los jóvenes se da en el 27,2% de los casos. El 85,2% de los adolescentes ya habían sido atendidos, previo al ingreso en un centro de Justicia Juvenil, en la red de salud mental y adicciones de la comunidad.

Tabla 3. Antecedentes personales de los jóvenes atendidos en la UT

Variable	Categoría	N	%
Maltrato psicológico	Sin antecedentes	54	66,7
	Negligencia	27	33,3
Maltrato físico	Sin antecedentes	66	81,5

Variable	Categoría	N	%
	Maltrato físico paterno	15	18,5
Abuso sexual	Sin antecedentes	77	95,1
	Abuso sexual familiar	2	2,5
	Abuso sexual	2	2,5
Autolesiones	No	59	72,8
	Sí	22	27,2
Antecedentes de tratamiento psicológico/psiquiátrico previo	No	12	14,8
	Sí	69	85,2

3.1.2. Variables penales y de la medida judicial impuesta de la población atendida en la UT

El 75,3% de la muestra tiene antecedentes penales previos al ingreso en centro educativo de Justicia Juvenil y el 31,1% más de 5 causas judiciales. La edad media en la comisión del delito son 16,1 años. La categoría del último hecho imputado en el 44,3% es un delito *contra las personas*, el 23% *contra la propiedad violento* y el 26,2% *contra la propiedad no violento*. La violencia en el último antecedente se da en el 67,2% de la muestra. En el 80,2% de los casos había otros jóvenes implicados en el hecho. Encontramos una medida de protección a la víctima en el 9,9% de los casos.

Tabla 4. Variables penales y antecedentes penales de los jóvenes atendidos en la UT

Variable antecedentes	Categoría	N	%
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	20	24,7
	Con antecedentes	61	75,3
Número de antecedentes	1 o 2 antecedentes	18	29,5
	De 3 a 5 antecedentes	24	39,3
	Más de 5 antecedentes	19	31,1
Ámbito de los antecedentes	Justicia Juvenil	53	86,9
	Sistema penal adultos ¹³	8	13,1
Categoría último antecedente	Contra las personas	27	44,3
	Contra la propiedad violento	14	23,0
	Contra la propiedad no violento	16	26,2
	Otros	4	6,6
Violencia último antecedente	Violento	41	67,2
	No violento	20	32,8
Variables penales			
Categoría del hecho principal	Contra las personas	54	66,7
	Contra la propiedad violento	15	18,5
	Contra la propiedad no violento	10	12,3
	Otros	2	2,5
Violencia en el hecho principal	Violento	69	85,2
	No violento	12	14,8

Tipo de hecho principal	Delito	78	96,3
	Falta	3	3,7
Otros jóvenes implicados en los hechos	No	65	80,2
	Sí	16	19,8
Medida protección víctima	No	73	90,1
	Sí	8	9,9

En el 90,1% de los casos el territorio donde se ejecuta la medida judicial es Barcelona. El internamiento **terapéutico** se da en un 27,2% de los casos.

Tabla 5. Territorio responsable del programa, tipo de internamiento e incidencias de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%
Variables del programa			
Territorio responsable programa/medida	Barcelona	73	90,1
	Girona	2	2,5
	Lleida	1	1,2
	Tarragona	5	6,2
Programa/medida	Internamiento cautelar en un centro	24	29,6
	Internamiento en centro	35	43,2
	Internamiento centro terapéutico	22	27,2
Internamiento cautelar durante ingreso	No	29	35,8
	Sí	52	64,2
Variables de incidencias			
Hospitalización	No	76	93,8
	Sí	5	6,2
Evasión o no retorno	No	77	95,1
	Sí	4	4,9
Permiso ordinario	No	51	63,0
	Sí	30	37,0
Permiso extraordinario	No	76	93,8
	Sí	5	6,2
Salida fin de semana	No	44	54,3
	Sí	37	45,7
Salida programada	No	39	48,1
	Sí	42	51,9
Utilización de medios de contención	No	53	65,4
	Sí	28	34,6

La media de duración del internamiento terapéutico es de 184 días. El 95,1% de los jóvenes no han protagonizado incidencias, ni ninguna evasión o no retorno. El 64,2% de la población atendida en la UT ha realizado salidas a la comunidad durante el internamiento judicial, el 37% ha disfrutado de algún permiso ordinario y el 6,2% de algún permiso extraordinario. En el 45,7% de los casos se han llevado a cabo salidas de fin de semana y el 51,9% han disfrutado de salidas programadas.

La utilización de medios de contención por daño a sí mismo o a terceros ha sido necesaria por indicación psiquiátrica en el 34,6% de los jóvenes atendidos.

3.1.3. Variables clínicas –diagnósticos– de la población atendida en la UT

La evaluación del diagnóstico clínico se ha llevado a cabo mediante entrevistas clínicas semiestructuradas e instrumentos específicos para confirmar objetivamente los síntomas detectados. Los expertos de psiquiatría y psicología de la UT han utilizado las categorías del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), concretamente el DSM-IV-TR.¹³ El manual de la APA organiza los diagnósticos psiquiátricos en cinco dimensiones (ejes), relativos a diferentes aspectos del trastorno o discapacidad que presente el paciente. Concretamente:

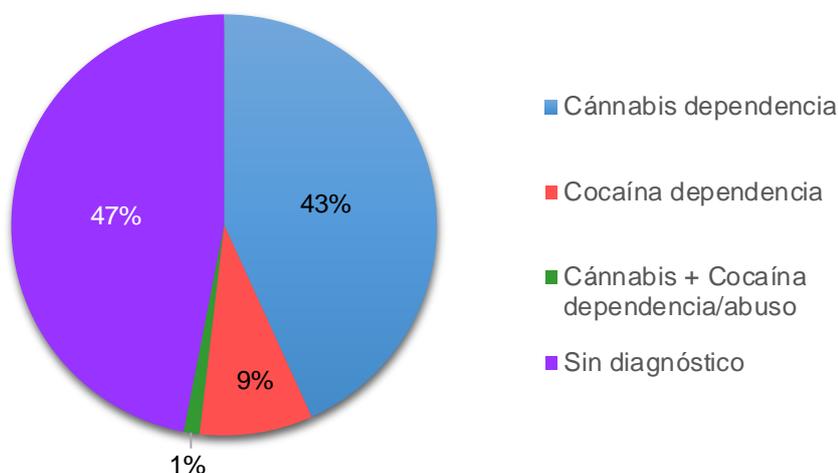
- Eje I: incluye todas las categorías de diagnóstico psicológico excepto los trastornos de la personalidad y la discapacidad intelectual.
- Eje II: incluye los trastornos de la personalidad y la discapacidad intelectual.
- Eje III: informa sobre condición médica general, médicas agudas y trastornos físicos que pueden agravar enfermedades existentes o síntomas presentes similares a otros trastornos.
- Eje IV: incluye los factores psicosociales y ambientales que contribuyen al trastorno.
- Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento o Escala de Evaluación Global de los niños para los niños y adolescentes menores de 18 años.

¹³ <http://www.apa.org/pubs/databases/>

A continuación se muestran las prevalencias de las patologías clasificadas en el Eje I y el Eje II, según el DSM-IV-TR, de la población atendida en la UT. Es preciso destacar que una misma persona puede tener más de un diagnóstico.

Desde el punto de vista global, el diagnóstico clínico más prevalente en los jóvenes atendidos es el **trastorno por consumo de sustancias** –en patrón de dependencia–, presente en un 53% de los casos. Este patrón de consumo indica un deterioro clínicamente significativo, es decir, un funcionamiento psicosocial y comportamental en el que el consumo de la sustancia tiene mayor valor que otras actividades, que son abandonadas, y se convierte en el eje que organiza la vida de la persona, que presenta tolerancia hacia el tóxico y síntomas de dependencia fisiológica –abstinencia– y psicológica. Concretamente, el 43,2% de la muestra de la UT presenta dependencia de cánnabis, el 8,6% de cocaína y el 1,2% de la población, policonsumo de dependencia al cánnabis y la cocaína.

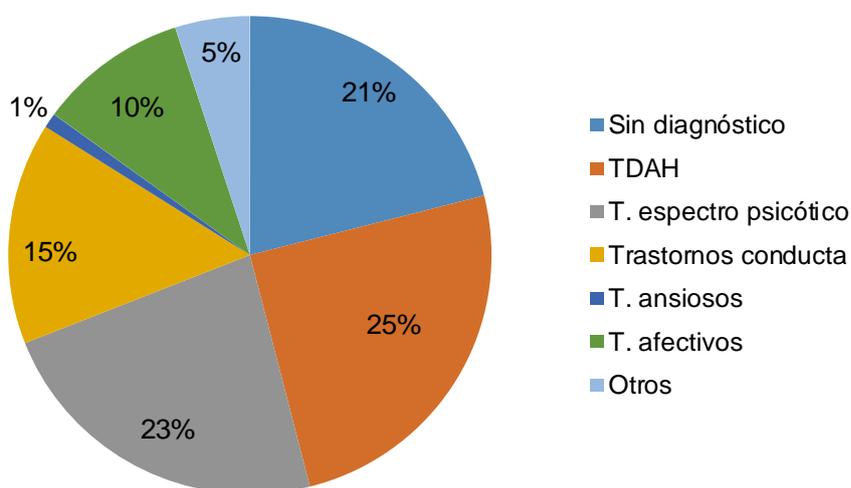
Gráfico 1. Diagnóstico clínico –Eje I– del trastorno por consumo de tóxicos en patrón de dependencia de los jóvenes atendidos en la UT



En cuanto al consumo de sustancias en patrón de abuso, es decir, un consumo en el que bien por cantidad, por la frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del joven produce consecuencias negativas para sí mismo o el entorno, globalmente se da en el 65,4% de los casos, y es el cánnabis la sustancia con mayor abuso (65,4%), seguida de la cocaína (16%) y el alcohol (17,3%).

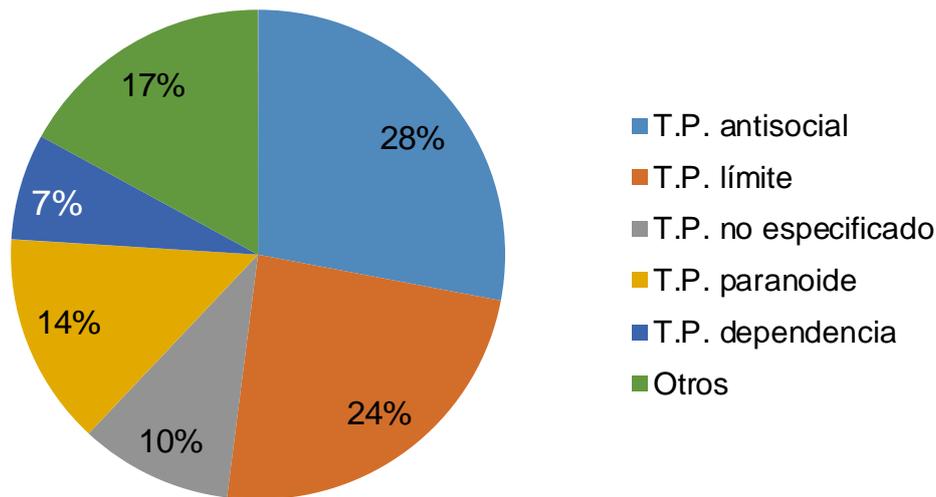
En relación a las **patologías psiquiátricas de larga evolución**, destaca el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en el 24,7% de los jóvenes atendidos en la UT. Los trastornos del espectro psicótico (esquizofrenia, trastorno delirante y trastorno psicótico inespecífico) están presentes en un 23,5%. Encontramos una proporción elevada de trastornos de conducta (trastorno del comportamiento perturbador, trastorno del control de los impulsos, trastorno negativista desafiante y control explosivo intermitente) presentes en un 14,8% de los jóvenes, y los trastornos afectivos (depresión, distimia y trastorno bipolar) se han diagnosticado en el 9,9% de los jóvenes atendidos en la UT.

Gráfico 2. Diagnósticos clínicos –Eje I– de las patologías de larga evolución de los jóvenes atendidos en la UT



Los **trastornos de personalidad**, caracterizados por un patrón de comportamiento, emociones y pensamientos diferentes a las expectativas de la cultura de la persona y que interfieren de forma importante en su funcionamiento psicosocial, son la segunda problemática más prevalente en los jóvenes atendidos en la UT, concretamente, el 35,8% de la población cumple criterios diagnósticos. Los problemas de personalidad más frecuentes son los del llamado Clúster B (trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad) son trastornos que se caracterizan por un patrón de violación de las normas sociales, comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad.

Gráfico 3. Diagnósticos clínicos –Eje II– de los trastornos de personalidad de los jóvenes atendidos en la UT



La **discapacidad intelectual leve**¹⁴ o inespecífica se encuentra presente en el 31,2% de la población atendida en la UT del CE Til-lers. De esta proporción, un 2,5% no presenta otras patologías asociadas.

3.1.4. Perfil psicológico del joven de la UT

En el proceso de evaluación y psicodiagnóstico que se lleva a cabo en la UT a fin de definir la intervención y el tratamiento psicológico más adecuado para los jóvenes, se realizan entrevistas clínicas de valoración y semiestructuradas, tanto a la persona como a su familia, y se administran diferentes tests y cuestionarios. Este proceso permite obtener información sobre las causas y factores que intervienen en el origen, el desarrollo y la configuración del problema del adolescente y determinar el plan de tratamiento e intervención más adecuado para cada caso.

El proceso de psicodiagnóstico es explicado a los jóvenes atendidos y a sus familias o tutores legales, es voluntario y constituye un elemento más para mejorar la evaluación global del joven. Los resultados no son estáticos, pueden variar en el tiempo.

¹⁴ Discapacidad intelectual leve: puntuación obtenida en la evaluación de la inteligencia que se sitúa entre 2 y 3 desviaciones estándar por debajo de la media de la población, cociente intelectual según David Wechsler entre 70 y 55.

Las pruebas han sido administradas en el momento de ingresar en la Unidad Terapéutica y se ha evaluado el nivel de funcionalidad general, la inteligencia, la ansiedad, la depresión, la ira, la impulsividad y los rasgos de la personalidad. A continuación se describen brevemente los resultados.

En relación a la evaluación clínica basal de los jóvenes atendidos en la UT sobre el funcionamiento global psicosocial disponemos de datos de toda la población mediante las puntuaciones de la escala GAF.¹⁵ Aproximadamente el 90% de la muestra presenta síntomas leves-moderados que afectan a la actividad social, laboral o escolar.

Tabla 6. Resultados GAF de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%
GAF INGRESO	100-71: síntomas transitorios	2	2,5
	70-51: síntomas leves	72	88,9
	50-21: síntomas graves	7	8,6
	20-1: peligro para sí mismo o terceros	0	0,0

La medida de las habilidades cognitivas de la persona en relación con su grupo de edad de referencia se ha evaluado mediante el Test de Wechsler de Inteligencia (para adultos¹⁶ y para niños/adolescentes¹⁷ menores de 16 años). Se dispone de datos del cociente intelectual (CI) de 77 jóvenes de la muestra. La media de la puntuación se encuentra en 80, con una desviación estándar de 16,71.

Tabla 7. Valoración CI de la población atendida en la UT

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Cociente Intelectual (CI)	77	50	126	79,79	16,71

¹⁵ GAF: Global Assessment of Functioning. Escala de valoración del funcionamiento psicosocial de la persona. Puntuación de 0 a 100 indica una expectativa manifiesta de muerte y 100, actividad satisfactoria en la mayoría de ámbitos del sujeto.

¹⁶ <https://www.cop.es/uploads/PDF/2014/WAIS-IV.pdf>

¹⁷ <http://www.cop.es/uploads/PDF/WISC-IV.pdf>

En los resultados diferenciados por categorías nos encontramos mayoritariamente con una puntuación inferior o constitutiva de una discapacidad intelectual leve en el 51,9% de los casos. El 2,6% tienen un rendimiento intelectual superior, con una puntuación por encima de 120.

Tabla 8. Resultados CI de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%
Cociente Intelectual (CI)	130 o más : Muy superior	0	0,0
	120-129: Superior	2	2,6
	110-119: Normal alto	0	0,0
	90-109: Medio	20	26,0
	80-89: Normal bajo	15	19,5
	70-79: Inferior	16	20,8
	Menos de 69: Discapacidad cognitiva	24	31,2
CI	De normal a superior (80 o más)	37	48,1
	Inferior o discapacidad (menos de 80)	40	51,9

En relación a la ansiedad, ha sido evaluada en 61 jóvenes de la muestra mediante el cuestionario STAI,¹⁸ que ha proporcionado información sobre:

- Ansiedad *estado*: nivel emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.
- Ansiedad *rasgo*: señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a las personas con una tendencia a percibir las situaciones como amenazantes.

La media de la ansiedad *estado* de la población de la UT es 5,46 (desviación típica de 1,89) y de la ansiedad *rasgo* 6,38 (desviación típica 2,46).

Tabla 9. Valoración Ansiedad de la población atendida en la UT

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
ANSIEDAD ESTADO	61	1	10	5,46	1,89

¹⁸ Spielberger; C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E.(1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*, STAI. Madrid. TEA Ediciones.

ANSIEDAD RASGO	61	1	10	6,38	2,46
----------------	----	---	----	------	------

En general, los jóvenes presentan un nivel de ansiedad *rasgo* con mayor proporción en el intervalo grave (36,1%), son adolescentes más vulnerables al estrés y que consideran habitualmente numerosas situaciones peligrosas o amenazantes. En relación a la ansiedad *estado*, encontramos que la mayoría de jóvenes, al ingreso en la UT, presentan una ansiedad *estado* de nivel medio (45,9%).

Tabla 10. Resultados Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%
Ansiedad <i>Estado</i>	10 ansiedad estado extrema	1	1,6
	8-9 grave ansiedad estado	7	11,5
	7 leve ansiedad estado	8	13,1
	5-6 nivel medio de ansiedad estado	28	45,9
	4 baja ansiedad estado	10	16,4
	2-3 muy baja ansiedad estado	4	6,6
	1 nula ansiedad estado	3	4,9
	Ansiedad <i>Rasgo</i>	10 ansiedad rasgo extrema	1
8-9 grave ansiedad rasgo		22	36,1
7 leve ansiedad rasgo		15	24,6
5-6 nivel medio de ansiedad rasgo		8	13,1
4 baja ansiedad rasgo		5	8,2
2-3 muy baja ansiedad rasgo		7	11,5
1 nula ansiedad rasgo		3	4,9
Ansiedad <i>Estado</i> (agrupada)		Medio, alto o extremo	44
	Bajo, muy bajo o nulo	17	27,9
Ansiedad <i>Rasgo</i> (agrupada)	Medio, alto o extremo	46	75,4
	Bajo, muy bajo o nulo	15	24,6

Las alteraciones del estado de ánimo han sido evaluadas mediante el inventario de depresión de Beck.¹⁹ Un total de 55 jóvenes respondieron al cuestionario. La media de los resultados es de 13,38 (desviación típica de 9,64).

Tabla 11. Valoración Depresión de la población atendida en la UT

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Depresión BDI	55	0	38	13,38	9,64

Un 76,4% de los jóvenes no presentan síntomas depresivos o estos son leves. Un 23,6% presentan una depresión moderada-grave. Los síntomas de depresión en los adolescentes son diferentes que en la población adulta y se caracterizan por aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, ira, agresividad y también por trastornos del comportamiento tales como autodestructividad, incumplimiento de normas y conducta transgresora.

Tabla 12. Resultados sintomatología depresiva de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%
Depresión	0-13: mínima depresión	33	60,0
	14-19: depresión leve	9	16,4
	20-28: depresión moderada	8	14,5
	29-63: depresión grave	5	9,1
Depresión (agrupación)	Mínima depresión	33	60,0
	Depresión leve, moderada o grave	22	40,0

La ira es una reacción emocional con una variedad de funciones adaptativas, es una emoción primaria que se presenta cuando se bloquea la consecución de objetivos o la satisfacción de necesidades, cuando se valoran situaciones que pueden suponer un daño para los intereses de la persona. La evaluación de la

¹⁹ <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>

ira se ha llevado a cabo mediante el cuestionario STAXI 2.²⁰ Disponemos de los datos de 55 adolescentes en relación a la ira estado, es decir, sobre la presencia de sentimientos de enfado en el momento de la evaluación, y en relación a la ira rasgo, es decir, la predisposición de sentimientos negativos hacia las otras personas, con atribuciones e interpretaciones amenazantes. En general la ira estado es nula o baja en los jóvenes atendidos en la UT. Uno de cada cuatro jóvenes presenta una puntuación de la ira rasgo por encima del centil 75, lo que indica que experimentan sentimientos de ira en un grado que puede interferir con un funcionamiento óptimo.

Tabla 13. Resultados de la Ira Estado y Rasgo de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%
Ira estado	Bajo	27	50,0
	Nulo	22	40,7
	Moderado	5	9,3
	Alto	0	0,0
Ira rasgo (centil)	0-74	40	72,7
	75 o más	15	27,3

La impulsividad se ha evaluado mediante la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11),²¹ que aporta una puntuación global sumatorio de tres subescalas:

- Impulsividad Cognitiva: tendencia a ser poco reflexivo y dar respuestas de forma rápida.
- Impulsividad Motora: medida la propensión a actuar rápidamente y de forma reactiva a los estímulos presentes en el momento.
- Impulsividad No Planeada: evalúa la planificación y organización de las actuaciones futuras.

Un total de 51 jóvenes han respondido al cuestionario. La media de la impulsividad cognitiva es 14,78 (desviación típica 7,19), de la impulsividad

²⁰ Spielberger, C.D. (2000). *STAXI-2. Inventario de Expresión de Ira Estado/Rasgo*. Versión española de Tobal, J.; Casado, M.; Cano, A. y Spielberger, C.D. (2001). Madrid: TEA.

²¹ Stanford, M.S.; Mathias, C.W.; Dougherty, D.M.; Lake, S.L.; Anderson, N.E. y Patton, J.H. *Fifty years of the Barrat Impulsiveness Scale: An update and review*. *Pers Individ Dif*. 2009;47(5):385–95

motora 15,02 (desviación típica 6,80), de la impulsividad no planeada 18,82 (desviación típica 9,40) y de la impulsividad total 48,63 (desviación típica 18,44).

Tabla 14. Valoración impulsividad de la población atendida en la UT

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Barrat impulsividad cognitiva	51	0	29	14,78	7,19
Barrat impulsividad motora	51	3	31	15,02	6,80
Barrat impulsividad no planeada	51	3	46	18,82	9,40
Total Barrat	51	18	96	48,63	18,44

La impulsividad cognitiva es la más elevada en los jóvenes atendidos en la UT (37,3%). Aproximadamente un 25% de los jóvenes atendidos presentan al ingreso una impulsividad cognitiva, motora y no planeada elevada.

Tabla 15. Resultados de la Impulsividad de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%
Barrat impulsividad cognitiva	Hasta el punto de corte (16)	32	62,7
	Superior al punto de corte	19	37,3
Barrat impulsividad motora	Hasta el punto de corte (20)	40	78,4
	Superior al punto de corte	11	21,6
Barrat impulsividad no planeada	Hasta el punto de corte (24)	39	76,5
	Superior al punto de corte	12	23,5
Total Barrat	Hasta el punto de corte (60)	39	76,5
	Superior al punto de corte	12	23,5

La evaluación de la personalidad se ha llevado a cabo mediante el MACI,²² Inventario Clínico para Adolescentes de Millon, y se dispone de resultados de 57 adolescentes. Se detallan los resultados en relación a los prototipos de personalidad. Destaca con mayor prevalencia el prototipo de personalidad histriónico (33,3%), egocéntrico (31,6%) y rebelde (26,3%).

Tabla 16. Resultados de prototipos de personalidad de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%
Prototipo de personalidad introvertido	0-59 ausencia	49	86,0
	60-74: presencia	3	5,3
	75-84: prominencia	1	1,8
	>85: probabilidad muy elevada	4	7,0
Prototipo de personalidad inhibido	0-59 ausencia	47	82,5
	60-74: presencia	5	8,8
	75-84: prominencia	1	1,8
	>85: probabilidad muy elevada	4	7,0
Prototipo de personalidad pesimista	0-59 ausencia	41	71,9
	60-74: presencia	12	21,1
	75-84: prominencia	3	5,3
	>85: probabilidad muy elevada	1	1,8
Prototipo de personalidad sumiso	0-59 ausencia	36	63,2
	60-74: presencia	8	14,0
	75-84: prominencia	5	8,8
	>85: probabilidad muy elevada	8	14,0
Prototipo de personalidad histriónico	0-59 ausencia	22	38,6
	60-74: presencia	12	21,1
	75-84: prominencia	4	7,0
	>85: probabilidad muy elevada	19	33,3

²² Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: NCS.

Prototipo de personalidad egocéntrico	0-59 ausencia	28	49,1
	60-74: presencia	6	10,5
	75-84: prominencia	5	8,8
	>85: probabilidad muy elevada	18	31,6
Prototipo de personalidad rebelde	0-59 ausencia	20	35,1
	60-74: presencia	13	22,8
	75-84: prominencia	9	15,8
	>85: probabilidad muy elevada	15	26,3
Prototipo de personalidad rudo	0-59 ausencia	37	64,9
	60-74: presencia	8	14,0
	75-84: prominencia	5	8,8
	>85: probabilidad muy elevada	7	12,3
Prototipo de personalidad conformista	0-59 ausencia	31	54,4
	60-74: presencia	13	22,8
	75-84: prominencia	3	5,3%
	>85: probabilidad muy elevada	10	17,5%
Prototipo de personalidad opositorista	0-59 ausencia	37	64,9%
	60-74: presencia	11	19,3%
	75-84: prominencia	1	1,8%
	>85: probabilidad muy elevada	8	14,0%
Prototipo de personalidad autopunitivo	0-59 ausencia	40	70,2
	60-74: presencia	13	22,8
	75-84: prominencia	4	7,0
	>85: probabilidad muy elevada	0	0,0
Tendencia límite (A mayor puntuación, mayor problemática)	0-59 ausencia	33	57,9
	60-74: presencia	17	29,8
	75-84: prominencia	4	7,0
	>85: probabilidad muy elevada	3	5,3

Se han realizado explotaciones de todos estos datos clínicos para observar si existe correlación con la reincidencia, y no se ha encontrado ninguna significación.

3.1.5. Variables de riesgo de reincidencia violenta en la población atendida en la UT

El SAVRY, instrumento que evalúa el riesgo de reincidencia, se administra a todos los jóvenes cuando ingresan en un centro de Justicia Juvenil.

En general, los factores de riesgo con mayor prevalencia y puntuación alta en la población atendida en la UT son: la presencia de problemas importantes de rendimiento escolar en el 72,7% de los casos, seguido de la experimentación de estrés y la incapacidad para afrontar los problemas (62,3%), la asunción de riesgos/impulsividad (58,4%) y los problemas en el manejo del enfado en el 57,1% de la muestra. El 51,9% de los casos han cometido actos violentos previos. Encontramos problemas de consumo de sustancias en el 49,4% de los casos (riesgo alto) y en el mismo porcentaje, escasa habilidad de los padres para educar (riesgo alto).

Respecto a factores de riesgo históricos con elevada evidencia científica en relación con el desarrollo de conducta delictiva es preciso destacar que el 52% de la población ha estado expuesta a violencia en el hogar y los antecedentes de maltrato infantil (físico y psicológico) están presentes en el 55,9% de los casos.

En conjunto, nos encontramos con unos jóvenes que moderadamente legitiman la violencia, con elevada impulsividad y problemas para gestionar el enfado, con consumo de sustancias moderado/alto en el 78% de los casos, con dificultades de hiperactividad y que han presentado actitudes negativas para aceptar la intervención de los profesionales.

Tabla 17. Factores de riesgo SAVRY de la población atendida en la UT

Factores de riesgo	Bajo		Moderado		Alto	
	N	%	N	%	N	%
Factores de riesgo históricos						
1. Violencia previa	12	15,6	25	32,5	40	51,9

2. Historia de actos delictivos no violentos	25	32,5	35	45,5	17	22,1
3. Inicio precoz de la violencia	37	48,1	22	28,6	18	23,4
4. Fracaso de intervenciones anteriores	23	29,9	28	36,4	26	33,8
5. Intentos de autolesión o de suicidio anteriores	45	58,4	21	27,3	11	14,3
6. Exposición a violencia en el hogar	37	48,1	17	22,1	23	29,9
7. Historia de maltrato infantil	34	44,2	17	22,1	26	33,8
8. Delincuencia de los padres o cuidadores	56	72,7	9	11,7	12	15,6
9. Separación precoz de los padres o cuidadores	43	56,6	13	17,1	20	26,3
10. Bajo rendimiento en la escuela	3	3,9	18	23,4	56	72,7
Factores de riesgo social/contextual						
11. Delincuencia en el grupo de iguales	17	22,1	26	33,8	34	44,2
12. Rechazo del grupo de iguales	36	46,8	26	33,8	15	19,5
13. Estrés e incapacidad afrontar dificultades	7	9,1	22	28,6	48	62,3
14. Escasa habilidad de los padres para educar	13	16,9	26	33,8	38	49,4
15. Falta de apoyo de otros adultos	33	42,9	26	33,8	18	23,4
16. Entorno marginal	41	53,2	18	23,4	18	23,4
Factores de riesgo individual						
17. Actitudes negativas	14	18,2	41	53,2	22	28,6
18. Asunción de riesgos/impulsividad	8	10,4	24	31,2	45	58,4
19. Problemas de consumo de sustancias	17	22,1	22	28,6	38	49,4
20. Problemas con el manejo del enfado	6	7,8	27	35,1	44	57,1
21. Bajo nivel de empatía/remordimientos	13	16,9	40	51,9	24	31,2
22. Problemas de concentración/hiperactividad	23	29,9	25	32,5	29	37,7
23. Baja colaboración en las intervenciones	24	31,2	35	45,5	18	23,4
24. Bajo interés/compromiso escolar o laboral	17	22,1	27	35,1	33	42,9

En relación con los factores de protección (Tabla 18) la implicación prosocial únicamente está presente en el 27,3% de la muestra, y el 54,5% tienen algún

vínculo fuerte con un adulto prosocial. En el 62,3% de los casos está presente un apoyo social fuerte, es decir, que el joven participa en actividades o con grupos de iguales prosociales. Se encuentran déficits en la perseverancia como rasgo de personalidad, ausente en el 87% de la muestra y un bajo compromiso con la escuela o el trabajo, presente en el 77,9% de la población atendida.

Tabla 18. Factores de protección de la población atendida en la UT

Factores de protección	Ausente		Presente	
	N	%	N	%
P1. Implicación prosocial	56	72,7	21	27,3
P2. Apoyo social fuerte	29	37,7	48	62,3
P3. Fuertes vínculos con un adulto prosocial	35	45,5	42	54,5
P4. Actitud positiva hacia intervenciones y autoridad	37	48,1	40	51,9
P5. Fuerte compromiso con la escuela o el trabajo	60	77,9	17	22,1
P6. Perseverancia como rasgo de personalidad	67	87,0	10	13,0

La mayoría de las familias no apoyan la violencia, pero hay un 13% que tienen una actitud pasiva hacia el delito y un 4,3% justifican el comportamiento delictivo.

Tabla 19: Factores de riesgo añadidos del SAVRY en la población atendida en la UT

Riesgos añadidos	N	%	
A1. Actitud familiar ante delito	Justifica el comportamiento delictivo	3	4,3
	Actitud indiferente o pasiva	9	13,0
	Desaprueba el comportamiento delictivo	18	26,1
	Desaprueba y condena	39	56,5
A2. Locus control	LC externo predominante	25	36,8
	LC externo	18	26,5
	LC interno predominante	6	8,8
	LC interno	3	4,4
	LC tanto interno como externo	16	23,5
A3. Mantener vínculos entorno	Nunca	31	45,6
	Pocas veces	16	23,5
	La mitad de las veces	4	5,9
	Casi siempre	8	11,8
	Siempre	9	13,2

A4. Relaciones pareja disociales	Pareja disocial	1	1,5
	Pareja disocial anterior	2	3,1
	No tiene pareja	45	69,2
	Pareja prosocial anterior	4	6,2
	Pareja prosocial	13	20,0

A continuación se presentan los datos de la **valoración global** del riesgo de reincidencia de la muestra atendida en la UT del CE Til-lers.

Gráfico 4. Resumen del riesgo global de reincidencia de la población atendida en la UT

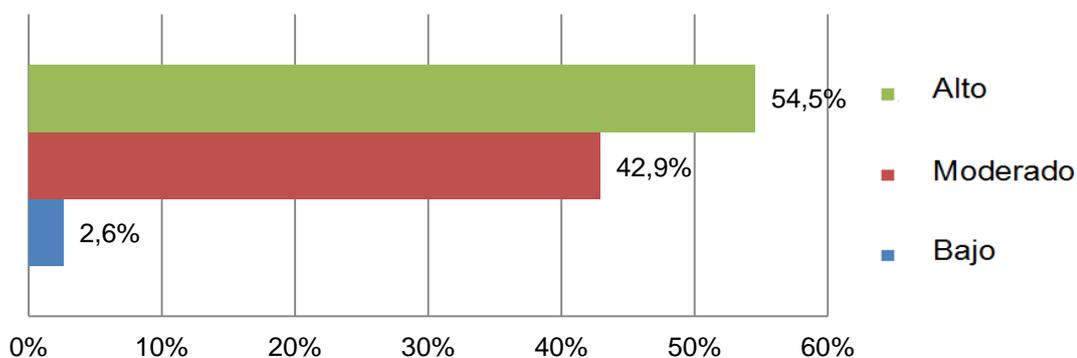


Gráfico 5. Resumen del riesgo de reincidencia en delitos violentos de la población atendida en la UT

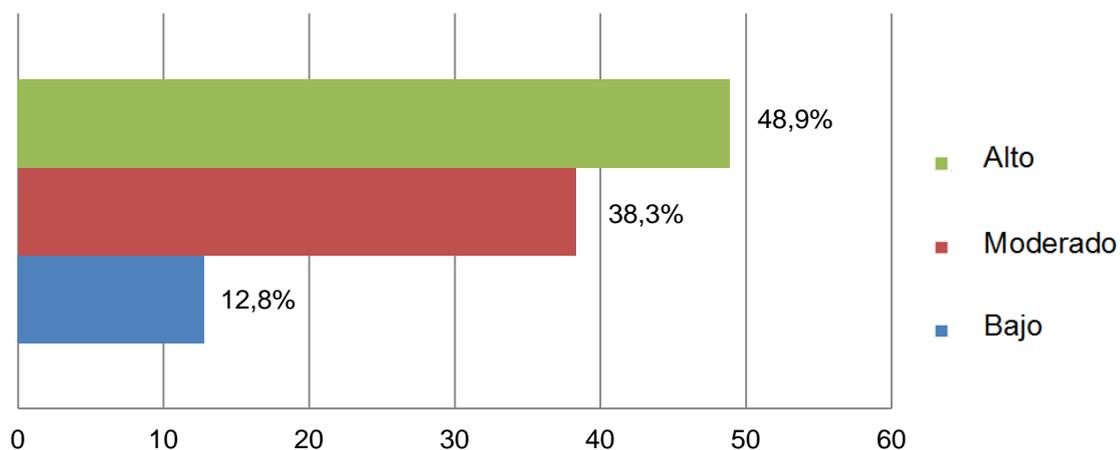


Gráfico 6. Resumen del riesgo de violencia en el centro de la población atendida en la UT

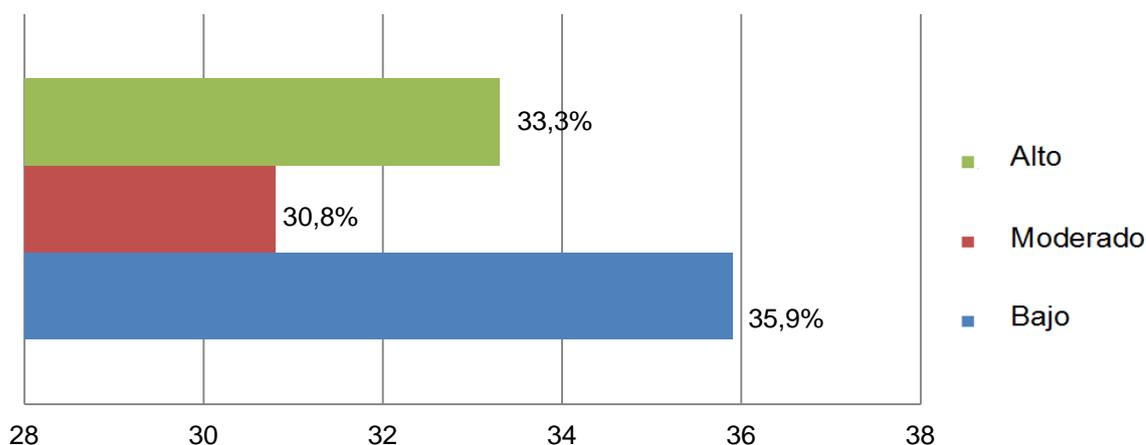
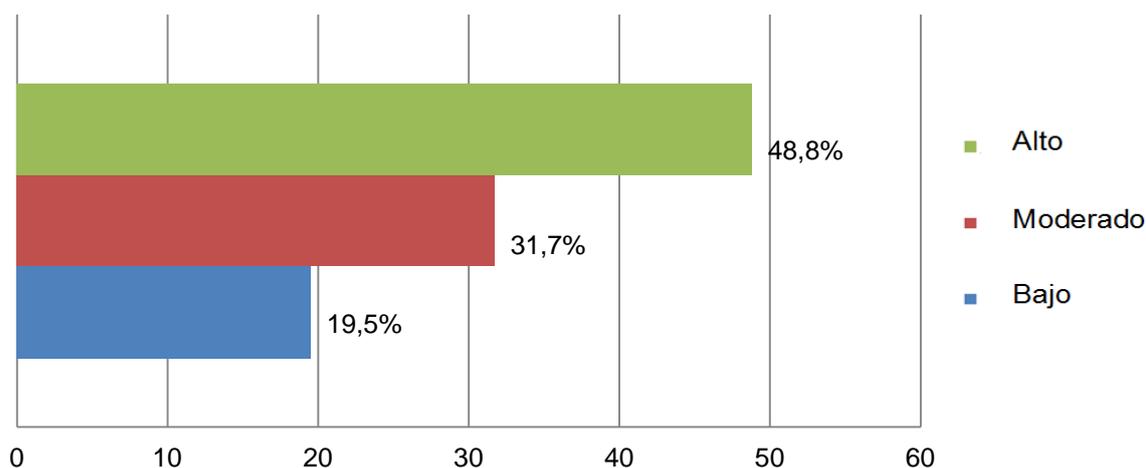


Gráfico 7. Resumen del riesgo de violencia en salidas y permisos de la población atendida en la UT



3.2. Perfiles clínicos de la población atendida en la UT

El presente estudio tiene interés en profundizar en el conocimiento sobre las relaciones entre tipología de trastornos psiquiátricos y psicológicos, conducta delictiva y reincidencia en los adolescentes atendidos. Por este motivo se han agrupado por perfiles clínicos, que engloban diferentes trastornos con características principales comunes en el ámbito psicopatológico y en cuanto a la afectación funcional del paciente. Hemos establecido una diferencia inicial entre el trastorno mental severo (TMS) y el no severo, dado que el abordaje y la intervención especializada contempla perspectivas diferentes. Dentro de los trastornos mentales no severos, se hace una primera evaluación de todo este subgrupo, posteriormente se hace una diferenciación categórica, evaluando concretamente la problemática relacionada con las entidades más prevalentes:

el consumo de tóxicos, la patología dual, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la discapacidad intelectual.

Concretamente se describirán las características más significativas en función de la siguiente clasificación:

1. **Trastorno mental severo:** incluye trastornos habitualmente con un curso crónico y afectación funcional o discapacidad asociada moderada-grave. La definición de TMS contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad o afectación funcional del paciente. Todas las categorías diagnósticas tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio, es decir, no solo como la presencia de síntomas propios de la enfermedad sino también como un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que implique una percepción distorsionada de la realidad. El TMS incluye los siguientes diagnósticos: trastornos esquizofrénicos, trastorno esquizotípico, trastornos delirantes persistentes, trastornos delirantes inducidos, trastornos esquizoafectivos, otros trastornos psicóticos no orgánicos, trastorno bipolar, depresión grave con síntomas psicóticos, trastornos depresivos graves recurrentes y trastorno obsesivo compulsivo.
2. **Trastorno mental no severo** (en adelante trastorno mental): comprende patologías mentales con mayor probabilidad de remisión clínica y menor nivel de discapacidad o afectación del funcionamiento psicosocial, como por ejemplo en cuanto al Eje I del DSM-IV-TR los trastornos de conducta, los trastornos relacionados con las sustancias y el TDAH. Del Eje II incluye entre otros los trastornos de la personalidad.
3. **Patología dual:** denominación aplicada cuando se padece simultáneamente un trastorno mental, severo o no, y una adicción.
4. **Trastornos relacionados con el consumo de sustancias:** incluye problemática relacionada con el consumo de tóxicos, independientemente del tipo de sustancia consumida y de la existencia o ausencia de comorbilidad con otra patología mental.

5. **Trastornos de la conducta:** denominación que incluye problemas conductuales y emocionales con conductas impulsivas y desafiantes. Concretamente se han incluido en esta categoría el trastorno del comportamiento perturbador, trastorno negativista desafiante, el trastorno del control de los impulsos y el trastorno explosivo intermitente.
6. **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH):** síndrome conductual de origen neuronal que se inicia en la edad infantil y que afecta a entre un 3 y 7% de niños y jóvenes en edad escolar. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuados a la edad del desarrollo. Estos síntomas tienen que manifestarse y causar el deterioro funcional antes de los 7 años.
7. **Discapacidad intelectual leve:** es un trastorno que empieza durante el desarrollo y que implica limitaciones en el funcionamiento tanto intelectual, como adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.

Tabla 20. Perfiles clínicos de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%
Perfiles clínicos de la población atendida en la UT	Trastorno mental severo	25	31,6
	Trastorno mental no severo	44	55,7
	Patología dual	33	41,8
	T. relacionados con el consumo de sustancias	43	54,4
	Trastornos de la conducta	12	14,8
	TDAH	20	24,7
	Discapacidad intelectual leve	27	33,3

3.2.1. Características de los jóvenes con trastorno mental severo

El 30,9% de la población atendida en la UT (N=25) presenta un trastorno mental severo (TMS). Son un grupo con mayores necesidades de atención clínica y de intervención especializada en la capacitación y recuperación, dada la cronicidad y la disfunción psicosocial que presentan. El 100% de este subgrupo son chicos, el 60% españoles, de nivel económico medio (68%) y con estudios de secundaria (60% de los casos).

En relación con los antecedentes penales y con los datos de la ejecución de la medida judicial, el 88% de la muestra tienen causas judiciales previas, y constan entre 3 y 5 antecedentes en el 45,5% de los casos. La categoría del hecho que cometieron es *contra las personas* en el 48% de la población. El tipo de hecho principal es un delito en el 88% de los casos (véase Anexo 8.2).

Se destacan a continuación las variables con asociación estadística para los jóvenes con trastorno mental severo *versus* el resto de la población.

Tabla 21. Jóvenes con TMS *versus* el resto de la población de la UT

Variables con asociación estadística		Trastorno mental severo			
		No		Sí	
		N	%	N	%
Tipo de hecho principal	Delito	54	**100,0	22	88,0
	Falta	0	0,0	3	**12,0
P3. Fuertes vínculos con un adulto prosocial	Ausente	19	36,5	15	*65,2
	Presente	33	*63,5	8	34,8
Dispositivo Derivación al alta	No vinculación a dispositivos de salud mental	0	0,0	0	0,0
	FHSPC	13	*24,1	1	4,0
	CSMIJ	18	33,3	6	24,0
	CSMA	16	29,6	9	36,0
	CAS	6	11,1	4	16,0
	COMUNIDAD TERAPÉUTICA	1	1,9	0	0,0
	UNIDAD AGUDOS	0	0,0	3	*12,0
	UNIDAD DE SUBAGUDOS	0	0,0	1	4,0
	MILLE	0	0,0	1	4,0
	Antecedentes psiquiátricos paternos	Sin antecedentes	36	66,7	17
Padre TMS		2	3,7	4	*16,0
Padre toxicómano		14	*25,9	2	8,0
Padre alcohólico		0	0,0	2	*8,0
Padre R.M.		1	1,9	0	0,0
TMS+Toxicómano		0	0,0	0	0,0
Alteración psiquiátrica no TMS		1	1,9	0	0,0

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

Al comparar a los jóvenes con TMS con el resto de la muestra atendida en la UT, que presenta una patología menos crónica, observamos que estos jóvenes cometen más faltas. En este grupo con mayor complejidad clínica, destaca la ausencia de un fuerte vínculo con un adulto prosocial. Una mayor proporción de estos adolescentes tienen antecedentes psiquiátricos familiares, y destacan de forma estadísticamente significativa el trastorno mental severo y el alcoholismo en la figura paterna.

Cuando finalizan el internamiento en la UT, de forma congruente con la gravedad de la patología que presentan, son los casos que derivamos a las Unidades de Agudos de hospitalización psiquiátrica en la comunidad.

3.2.2 Características de los jóvenes con trastorno mental no severo

La población atendida en la UT presenta, en el 55,7% de los casos (N=44), un trastorno mental no severo (TM), problemática en salud mental con mayor probabilidad de remisión clínica y menor nivel de discapacidad o afectación del funcionamiento psicosocial, comparativamente con los trastornos mentales severos. El 93,2% de este grupo son chicos (el 6,8% chicas), fundamentalmente de nacionalidad española (N=35) y nivel económico medio en el 70,5% de los casos.

En relación con las variables penales, antecedentes penales y las características de la ejecución de la medida judicial, el 68,2% de estos jóvenes tienen causas judiciales previas, y constan más de 5 antecedentes en el 26,7% de los casos. La categoría del hecho –presunto o condenado–, motivo por el que el joven está cumpliendo la medida de internamiento, es contra las personas en el 75% de los casos y contra la propiedad violento en el 13,6% de la población. El tipo de hecho principal objeto de la medida de internamiento en el 100% de los casos es un delito. Encontramos una medida de protección a la víctima en el 15,9% de la muestra (véase Anexo 8.3).

Se detallan a continuación las variables más destacables en este subgrupo *versus* el resto de la población de la UT.

Tabla 22. Jóvenes con TM *versus* el resto de la población de la UT

Variables con asociación estadística		Trastorno mental			
		No		Sí	
		N	%	N	%
Nacionalidad	Español	20	57,1	35	*79,5
	Extranjero	15	*42,9	9	20,5
Tipo de hecho principal	Delito	32	91,4	44	*100,0
	Falta	3	*8,6	0	0,0
Medida protección víctima	No	35	*100,0	37	84,1
	Sí	0	0,0	7	*15,9
Permiso extraordinario	No	35	*100,0	39	88,6
	Sí	0	0,0	5	*11,4
Estrés incapacidad afrontar dificultades	Alto	15	46,9	31	*72,1
	Moderado/Bajo	17	*53,1	12	27,9
Nivel socioeconómico	Bajo	13	*37,1	8	18,2
	Medio	22	62,9	31	70,5
	Alto	0	0,0	5	*11,4
Diagnóstico Eje I	T. afectivos	6	17,1	2	4,5
	T. ansiosos	0	0,0	1	2,3
	TDAH	0	0,0	20	**45,5
	Trastornos de la conducta	0	0,0	12	**27,3
	Otros	0	0,0	4	9,1
	Sin diagnóstico	26	74,3	24	54,5
Diagnóstico Eje II agrupado	Clúster A	3	8,6	3	6,8
	Clúster B	2	5,7	15	*34,1
	Clúster C	2	5,7	1	2,3
	Otros	2	5,7	1	2,3

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

La mayoría de jóvenes internados con un trastorno mental son españoles en una proporción significativamente más alta que la población general de la UT (en un 79,5% de los casos *versus* el 57,1%). El tipo de hecho principal es un delito en el 100% de los casos (91,4% en el resto de patologías). Las medidas de protección a la víctima se dan solo en este grupo. Presentan más a menudo un estrés alto para afrontar las dificultades (72,1 de los casos *versus* 46,9% del resto de población). Este grupo presenta un porcentaje más elevado de casos que tienen un nivel socioeconómico medio o alto. El diagnóstico más prevalente es el TDAH (45,5%) seguido de los trastornos de la personalidad del Clúster B (34,1%), que se caracterizan por un patrón de violación de las normas sociales, comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Los trastornos de conducta se encuentran en un 27,3% de la muestra.

3.2.3. Características de los jóvenes con patología dual

Un 41,8% (N= 33) de los casos tratados en la UT padece patología dual (PD), es decir, además de un trastorno mental, severo o no, hay un consumo de tóxicos asociado. Todos los jóvenes afectados son chicos, el 66,7% de nacionalidad española, con un nivel socioeconómico medio (57,6%) y nivel de estudios de secundaria en la mayoría de los casos (78,8%).

En cuanto a las variables penales, el 87,9% de los jóvenes tienen antecedentes penales –de 3 a 5 antecedentes en más de un tercio de los casos (41,4%)– y de estos, el 65,5% son violentos. La causa por la que se encuentran en la UT es un delito contra las personas (51,5%) (véase Anexo 8.4).

A continuación se muestran las variables con asociación estadística para los jóvenes con patología dual *versus* el resto de la población de la UT.

Tabla 23. Jóvenes con patología dual *versus* el resto de la población de la UT

Variables con asociación estadística		Patología dual			
		No		Sí	
		N	%	N	%
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	15	*32,6	4	12,1
	Con antecedentes	31	67,4	29	*87,9

		Patología dual			
Variables con asociación estadística		No		Sí	
		N	%	N	%
Violencia en el hecho principal	Violento	43	*93,5	25	75,8
	No violento	3	6,5	8	*24,2
Tipo de hecho principal	Delito	46	*100,0	30	90,9
	Falta	0	0,0	3	*9,1
Otros jóvenes implicados en los hechos	No	43	*93,5	20	60,6
	Sí	3	6,5	13	*39,4
Internamiento cautelar durante ingreso	No	10	21,7	18	*54,5
	Sí	36	*78,3	15	45,5
Historia delitos no violentos (SAVRY)	Alto	3	7,0	13	**40,6
	Moderado/Bajo	40	**93,0	19	59,4
Inicio precoz violencia (SAVRY)	Alto	6	14,0	11	*34,4
	Moderado/Bajo	37	*86,0	21	65,6
Fracaso intervenciones anteriores (SAVRY)	Alto	10	23,3	15	*46,9
	Moderado/Bajo	33	*76,7	17	53,1
Delincuencia grupo iguales (SAVRY)	Alto	14	32,6	20	**62,5
	Moderado/Bajo	29	**67,4	12	37,5
Entorno marginal (SAVRY)	Alto	4	9,3	14	**43,8
	Moderado/Bajo	39	**90,7	18	56,3
Problemas consumo tóxicos (SAVRY)	Alto	17	39,5	20	*62,5
	Moderado/Bajo	26	*60,5	12	37,5
Implicación prosocial(SAVRY)	Ausente	27	62,8	28	*87,5
	Presente	16	*37,2	4	12,5
Apoyo social fuerte (SAVRY)	Ausente	12	27,9	16	*50,0
	Presente	31	*72,1	16	50,0
Dispositivo Derivación al alta	No vinculación a dispositivos de SM	0	0,0	0	0,0
	FHSPC	10	21,7	4	12,1
	CSMIJ	18	*39,1	6	18,2
	CSMA	12	26,1	13	39,4
	CAS	3	6,5	7	*21,2
	Comunidad terapéutica	0	0,0	1	3,0

Variables con asociación estadística		Patología dual			
		No		Sí	
		N	%	N	%
	Unidad Agudos	3	6,5	0	0,0
	Unidad de Subagudos	0	0,0	1	3,0
	MILLE	0	0,0	1	3,0
Eje I (2) TÓXICOS	Sin diagnóstico	36	**78,3	0	0,0
	T. inhalantes dependencia	0	0,0	0	0,0
	T. cánnabis dependencia	8	17,4	27	**81,8
	T. cocaína dependencia	2	4,3	5	15,2
	T. sedantes/hipnóticos dependencia	0	0,0	0	0,0
	T. cánnabis y cocaína dependencia	0	0,0	1	3,0
Eje I (3) TÓXICOS	Sin diagnóstico	17	37,0	10	30,3
	T. consumo alcohol abuso	5	10,9	9	**27,3
	T. cánnabis abuso	22	**47,8	3	9,1
	T. cocaína abuso	2	4,3	11	**33,3
	T. inhalantes abuso	0	0,0	0	0,0
	T. sedantes/hipnóticos abuso	0	0,0	0	0,0
Violencia hecho principal primera reincidencia	Violento	9	36,0	11	*68,8
	No violento	16	*64,0	5	31,3

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

Los jóvenes con PD son un grupo con elevado número de antecedentes penales, 87,9% *versus* el resto de la población de la UT. Tienen como hecho principal un delito no violento en mayor proporción, 24,2% de los casos, que el resto de jóvenes atendidos en la UT (6,5%). También encontramos un porcentaje más elevado que han cometido una falta como hecho principal (9,1% vs 0%). Este hecho principal ha sido cometido con otros jóvenes con mayor proporción (39,4% vs 6,5%). La delincuencia en el grupo de iguales es elevada (62,5% vs 32,6%). Es preciso destacar que los adolescentes con patología dual han participado más a menudo en delitos no violentos antes de los 14 años, edad que marca legalmente la responsabilidad penal del menor, lo que muestra un inicio precoz en la conducta transgresora. También encontramos, mayor índice de fracaso en el cumplimiento de las sentencias

previas y en las condiciones de tratamiento (46,9%). Significativamente este grupo de jóvenes viven en un entorno marginal (43,8%).

El trastorno por consumo de cánnabis en patrón de dependencia es el diagnóstico más prevalente (81,8%), así como el consumo de cocaína y alcohol en patrón de abuso.

3.2.4. Características de los jóvenes con trastornos relacionados con el consumo de tóxicos

Un 54,4% (N=43) de los jóvenes atendidos en la UT presentan un trastorno relacionado con el consumo de tóxicos en patrón de dependencia que puede estar o no asociado a otra patología mental. Todos los jóvenes afectados son chicos, el 62,8% de nacionalidad española, con un nivel socioeconómico medio (55,8%) y nivel de estudios de secundaria (74,4%).

En cuanto a las variables penales, el 86% de los jóvenes tienen antecedentes penales –de 3 a 5 antecedentes, en más de un tercio de los casos (43,2%)– y de estos, el 70,3% son violentos. La causa por la que se encuentran en la UT es un delito contra las personas (58,1%) (véase Anexo 8.5).

A continuación se muestran las variables con asociación estadística para los jóvenes con consumo de tóxicos *versus* el resto de la población de la UT.

Tabla 24. Jóvenes con trastorno por consumo de tóxicos versus el resto de la población de la UT

Variables con asociación estadística		Consumo tóxicos			
		No		Sí	
		N	%	N	%
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	13	*36,1	6	14,0
	Con antecedentes	23	63,9	37	*86,0
Categoría último antecedente	Contra las personas	11	47,8	16	43,2
	Contra la propiedad violento	4	17,4	10	27,0
	Contra la propiedad no violento	4	17,4	11	29,7
Número de antecedentes	Otros	4	*17,4	0	0,0
	1 o 2 antecedentes	11	*47,8	7	18,9
	De 3 a 5 antecedentes	8	34,8	16	43,2
Otros jóvenes implicados en los hechos	Más de 5 antecedentes	4	17,4	14	37,8
	No	35	**97,2	28	65,1
Internamiento cautelar durante ingreso	Sí	1	2,8	15	**34,9
	No	6	16,7	22	**51,2
Salida programada	Sí	30	**83,3	21	48,8
	No	22	*61,1	16	37,2
Historia delitos no violentos (SAVRY)	Sí	14	38,9	27	*62,8
	Alto	2	5,9	14	**34,1
Delincuencia grupo iguales (SAVRY)	Moderado/Bajo	32	**94,1	27	65,9
	Alto	9	26,5	25	**61,0
Escasa habilidad padres educar (SAVRY)	Moderado/Bajo	25	**73,5	16	39,0
	Alto	12	35,3	24	*58,5
Entorno marginal (SAVRY)	Moderado/Bajo	22	*64,7	17	41,5
	Alto	3	8,8	15	**36,6
Problemas consumo tóxicos (SAVRY)	Moderado/Bajo	31	**91,2	26	63,4
	Alto	10	29,4	27	**65,9
Implicación prosocial (SAVRY)	Moderado/Bajo	24	**70,6	14	34,1
	Ausente	20	58,8	35	**85,4
	Presente	14	**41,2	6	14,6
Nivel socioeconómico	Bajo	3	8,3	18	**41,9
	Medio	29	**80,6	24	55,8
	Alto	4	11,1	1	2,3

		Consumo tóxicos			
Variables con asociación estadística		No		Sí	
		N	%	N	%
	No vinculación a dispositivos de SM	0	0,0	0	0,0
	FHSPC	8	22,2	6	14,0
	CSMIJ	16	**44,4	8	18,6
	CSMA	9	25,0	16	37,2
Dispositivo derivación al alta	CAS	0	0,0	10	**23,3
	COMUNIDAD TERAPÉUTICA	0	0,0	1	2,3
	UNIDAD AGUDOS	3	**8,3	0	0,0
	UNIDAD DE SUBAGUDOS	0	0,0	1	2,3
	MILLE	0	0,0	1	2,3
	Sin antecedentes	30	**83,3	24	55,8
	Negligencia	6	16,7	19	**44,2
Maltrato psicológico	Maltrato psicológico por parte del padre	0	0,0	0	0,0
	Maltrato psicológico por parte de la madre	0	0,0	0	0,0
	Sin antecedentes	33	*91,7	32	74,4
Maltrato físico	Maltrato físico paterno	3	8,3	11	*25,6
	Maltrato físico materno	0	0,0	0	0,0
	Maltrato físico de ambos	0	0,0	0	0,0
	Sin diagnóstico	35	**97,2	1	2,3
	T. inhalantes dependencia	0	0,0	0	0,0
EJE I (2) TÓXICOS	T. cánnabis dependencia	1	2,8	34	**79,1
	T. cocaína dependencia	0	0,0	7	**16,3
	T. sedantes/hipnóticos dependencia	0	0,0	0	0,0
	T. cánnabis y cocaína dependencia	0	0,0	1	2,3
	Sin diagnóstico	11	30,6	16	37,2
	T. consumo alcohol abuso	4	11,1	10	23,3
EJE I (3) TÓXICOS	T. cánnabis abuso	21	**58,3	4	9,3
	T. cocaína abuso	0	0,0	13	**30,2
	T. inhalantes abuso	0	0,0	0	0,0
	T. sedantes/hipnóticos abuso	0	0,0	0	0,0

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

Los jóvenes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias tienen antecedentes y cometen los delitos conjuntamente con otros jóvenes de forma más prevalente que los adolescentes no consumidores. Son jóvenes que han participado en delitos no violentos con anterioridad al ingreso en un centro de internamiento judicial. Encontramos mayor delincuencia en el grupo de iguales (61%), igual que en el grupo de jóvenes con patología dual, pero en los jóvenes con patología prevalente de consumo de sustancias encontramos escasas habilidades educativas de los padres (58,5%). En mayor proporción, los chicos consumidores, pertenecen a un entorno marginal (36,6% *versus* 8,8%). La participación en actividades prosociales o con grupos de iguales sin conductas antinormativas está ausente (85,4% *versus* 58,8%). Son adolescentes que han sufrido negligencia y maltrato físico paterno. Predomina el consumo de cánnabis y cocaína como patrón de dependencia. Este grupo se deriva a la finalización del internamiento –de forma congruente con la problemática relacionada con el consumo de tóxicos– a dispositivos especializados en el seguimiento y atención a las toxicomanías (CAS) de la red comunitaria.

3.2.5. Características de los jóvenes con diagnóstico de trastorno de conducta

De la población de jóvenes de la UT, un 14,8% (N=12) presenta un trastorno de conducta (TC), definido como problemas comportamentales y emocionales con conductas impulsivas y desafiantes. Se han incluido en esta categoría el trastorno del comportamiento perturbador, el trastorno del control de los impulsos, el trastorno negativista desafiante y el trastorno explosivo intermitente. Son chicos (100%), la gran mayoría de nacionalidad española (83,3%), y todos residentes en Barcelona. Su nivel socioeconómico es medio (75%) y el nivel educativo es de secundaria (83,3%). Respecto a los antecedentes, un 83,3% de los jóvenes han estado sometidos a tratamiento, tanto psicológico como psiquiátrico, previo al ingreso.

En cuanto a variables penales y penitenciarias, destaca que la mitad no tienen antecedentes, y de los que tienen, el 50% tienen entre 1 o 2 antecedentes. La categoría del hecho principal por el que están en la UT es *contra las personas* (91,7%) y en el 8,3% de las ocasiones cometieron hechos *contra la propiedad*

violentos. En el 100% de los casos el hecho principal ha sido violento (véase Anexo 8.6).

A continuación se presentan las variables con asociación estadística para los jóvenes con trastorno de conducta *versus* el resto de la población.

Tabla 25. Jóvenes con trastorno de conducta *versus* el resto de la población de la UT

		Resto de jóvenes		Trastorno conducta	
		N	%	N	%
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	14	20,3	6	*50,0
	Con antecedentes	55	*79,7	6	50,0
Medida protección víctima	No	65	**94,2	8	66,7
	Sí	4	5,8	4	**33,3
Salidas realizadas UT Til-lers	No	14	20,3	8	**66,7
	Sí	55	**79,7	4	33,3
Historia de actos delictivos no violentos (SAVRY)	Alto	16	24,2	1	9,1
	Moderado	33	**50,0	2	18,2
	Bajo	17	25,8	8	**72,7
Inicio precoz de la violencia (SAVRY)	Alto	12	18,2	6	*54,5
	Moderado	20	30,3	2	18,2
	Bajo	34	51,5	3	27,3
Diagnóstico total agrupado	Discapacidad intelectual	2	2,9	0	0,0
	TM	16	23,2	8	*66,7
	TMS	12	17,4	0	0,0
	TM+ Patología dual	16	23,2	4	33,3
	TMS+ Patología dual	13	18,8	0	0,0
	T. relacionados con el consumo de sustancias	10	14,5	0	0,0
Reincidencia	No reincidente	32	46,4	7	58,3
	Reincidente	37	53,6	5	41,7

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

La mitad de los jóvenes con TC no tienen antecedentes penales, en cambio, de los jóvenes sin TC encontramos que casi el 80% sí tienen antecedentes. No han participado en delitos no violentos con anterioridad al ingreso en un centro educativo de Justicia Juvenil. El inicio de la conducta violenta es precoz y, en el

54,5% de los casos, tiene lugar antes de los 14 años. Destacamos que un mayor porcentaje de jóvenes presentan medidas de protección a la víctima. Son menores que en menor porcentaje que el resto de la población realizan salidas de la UT.

3.2.6. Características de los jóvenes con diagnóstico de TDAH

El 24,7% (N=20) de los jóvenes atendidos en la UT presentan un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

De estos, casi todos son chicos (90%) y la mayoría son de nacionalidad española (75%). El nivel socioeconómico es medio en el 70% de los casos, y el nivel educativo alcanzado es de secundaria (90%). Casi todos los jóvenes presentan antecedentes de tratamiento psicológico/psiquiátrico previo al ingreso (90%). En casi todos los casos ni la madre ni el padre presentan antecedentes psiquiátricos (85% y 70%) y los jóvenes no tienen antecedentes familiares de violencia parental (90%).

Respecto a sus características penales, hay que decir que más de la mitad tienen antecedentes penales (75%). La tipología delictiva más presente son los hechos contra las personas (75%), y por lo tanto, cometen más delitos violentos. A pesar de ello, solo el 5% de las víctimas requiere una medida de protección (véase Anexo 8.7).

A continuación se muestran las variables con asociación estadística para los jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad *versus* el resto de la población.

Tabla 26. Jóvenes con TDAH *versus* el resto de la población de la UT

		No TDAH		TDAH	
		N	%	N	%
Permiso extraordinario	No	60	**98,4	16	80,0
	Sí	1	1,6	4	**20,0
Delincuencia en el grupo de iguales (SAVRY)	Alto	20	35,1	14	*70,0
	Moderado	22	38,6	4	20,0
	Bajo	15	26,3	2	10,0

Actitud familiar ante delito (SAVRY)	Estimula el comp. delictivo	0	0,0	0	0,0
	Justifica el comp. delictivo	3	6,0	0	0,0
	Actitud indiferente o pasiva	9	*18,0	0	0,0
	Desaprueba el comp. delictivo	9	18,0	9	*47,4
	Desaprueba y condena	29	58,0	10	52,6
Separación padres biológicos	No	21	34,4	12	*60,0
	Sí	40	*65,6	8	40,0
Diagnóstico total agrupado	Discapacidad intelectual	2	3,3	0	0,0
	TM	16	26,2	8	40,0
	TMS	12	**19,7	0	0,0
	TM + Patología dual	8	13,1	12	**60,0
	TMS + Patología dual	13	21,3	0	0,0
	T. relacionados con el consumo de sustancias	10	**16,4	0	0,0

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

En comparación al resto de jóvenes atendidos en la UT, los adolescentes que padecen TDAH disfrutaban de más permisos extraordinarios (20% *versus* 1,6%). son adolescentes que mantienen relación frecuente con un grupo de iguales con conductas delincuenciales (70% *versus* 35,1%). Todas las familias de este grupo desaprueban el comportamiento delictivo, y encontramos menos proporción de separación de los padres biológicos. La patología dual es más frecuente en este grupo.

3.2.7. Características de los jóvenes con diagnóstico de discapacidad intelectual leve

Un 33,3% (N=27) de la población atendida en la UT presenta una discapacidad intelectual leve, de los cuales un 85,2% ya habían estado en tratamiento psicológico/psiquiátrico antes de su ingreso en el centro de jóvenes.

La mayoría son chicos (96,3%) y un 70,4% son de nacionalidad española. Su nivel socioeconómico es medio (55,6%) y el nivel de estudios es de secundaria mayoritariamente (70,4%), y el resto de primaria (29,6%).

Respecto a las variables penales, el 77,2% tienen antecedentes, y poco más de la mitad tienen entre 3 a 5 antecedentes (52,4%). Respecto al hecho principal cometido, por el que se encuentran en la UT, el 55,6% son *contra las personas*, seguidos de hechos *contra la propiedad* violentos (25,9%). Por ello, en el total de los hechos, el 81,5% son violentos, y de estos hechos, el 96,3% son delitos (véase Anexo 8.8).

A continuación se presentan las variables con asociación estadística para los jóvenes que presentan una discapacidad intelectual leve *versus* el resto de la población.

Tabla 27. Jóvenes con discapacidad intelectual leve *versus* el resto de la población de la UT

		Resto de jóvenes		Discapacidad intelectual leve	
		N	%	N	%
Hospitalización	No	53	*98,1	23	85,2
	Sí	1	1,9	4	*14,8
Problemas de consumo de sustancias (SAVRY)	Alto	21	41,2	17	*65,4
	Moderado	20	*39,2	2	7,7
	Bajo	10	19,6	7	26,9
Núcleo de convivencia	Monoparental	23	*42,6	6	22,2
	Nuclear (normal)	13	24,1	4	14,8
	Reconstituido	12	22,2	7	25,9
	Institución (DGAIA y comunidad terapéutica)	3	5,6	7	*25,9
	Otros	3	5,6	3	11,1
Número total de reincidencias	1 reincidencia	8	28,6	3	21,4
	2 o 3 reincidencias	14	*50,0	2	14,3
	Más de 3 reincidencias	6	21,4	9	*64,3

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

Los jóvenes que presentan una discapacidad intelectual leve han necesitado en mayor proporción la hospitalización en unidades de agudos de la red comunitaria durante el internamiento judicial en la UT, en comparación con el resto de la población atendida. Significativamente, también en mayor proporción están tutelados y viven en centros dependientes de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia. Un 65,4% de los jóvenes experimentan o han experimentado recientemente, dificultades graves vinculadas al abuso frecuente de drogas o alcohol. En mayor porcentaje han reincidido en más de 3 ocasiones de forma significativa en comparación con el resto de los menores atendidos en la UT.

3.3. Reincidencia del joven atendido en la UT del CE Til-lers

El 51,9% (N=42) de los jóvenes atendidos en la UT reincidieron en la comisión de nuevos delitos y en el 47,6% del casos lo hicieron durante los primeros seis meses posteriores a la finalización de la medida de internamiento. La categoría principal del hecho de la primera reincidencia es *contra las personas y contra la propiedad no violento*, en ambos casos en el 26,2%, seguido de los delitos *contra la propiedad violento* en el 21,4% de la población atendida. El hecho principal de la reincidencia es violento en el 47,6% de los casos. El 81% son delitos *versus* el 19% que son faltas. Un 23,8% de la muestra ingresó en un centro penitenciario y un 21,4% tuvo solo un programa de asesoramiento técnico como respuesta judicial.

El 35,7% de la población ha cometido más de 3 reincidencias.

Tabla 28. Características de la reincidencia del joven atendido en la UT

Variable	Categoría	N	%
Reincidencia	No reincidente	39	48,1
	Reincidente	42	51,9
Tiempo en reincidir (agrupada)	Menos de 6 meses	20	47,6
	De 6 meses a 1 año	10	23,8
	De 1 a 2 años	9	21,4
	De 2 a 3 años	1	2,4
	De 3 a 4 años	2	4,8
Categoría hecho principal primera reincidencia	Contra las personas	11	26,2
	Contra la propiedad violento	9	21,4
	Contra la propiedad no violento	11	26,2

	Otros	11	26,2	
Violencia hecho principal primera reincidencia	Violento	20	47,6	
	No violento	22	52,4	
Tipo hecho principal primera reincidencia	Delito	34	81,0	
	Falta	8	19,0	
Programa o medida primera reincidencia	ATM	9	21,4	
	LV	1	2,4	
	PBC	1	2,4	
	Otros MO	2	4,8	
	Internamiento	6	14,3	
	TBC	7	16,7	
	Otros MPA	1	2,4	
	Prisión	10	23,8	
	LP	2	4,8	
	RPS	3	7,1	
	Número total de reincidencias	1 reincidencia	11	26,2
		2 o 3 reincidencias	16	38,1
Más de 3 reincidencias		15	35,7	
Reincidencia violenta	No	53	65,4	
	Sí	28	34,6	

Se han realizado explotaciones estadísticas de los datos sociodemográficos y la reincidencia. Se ha analizado el núcleo de convivencia del joven de la UT, y se ha encontrado una correlación entre las familias reconstruidas y el tipo de delito, concretamente, en este caso el delito destacado es *contra las personas*. En cambio, los jóvenes que residen en centros de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia reinciden en delitos *contra la propiedad violento* y en *otros*.

Tabla 29. Relación categoría del hecho principal de la reincidencia y núcleo de convivencia de la población de la UT

Categoría del hecho principal	Núcleo de convivencia											
	Monoparental		Nuclear (normal)		Reconstituido		Institución (DGAIA y comunidad terapéutica)		Otros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Contra las personas	19	65,5	13	76,5	16	**84,2	2	20,0	4	66,7	54	66,7
Contra la propiedad violento	6	20,7	2	11,8	0	0,0	5	**50,0	2	33,3	15	18,5
Contra la propiedad no violento	4	13,8	2	11,8	3	15,8	1	10,0	0	0,0	10	12,3
Otros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	**20,0	0	0,0	2	2,5

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

3.3.1. Perfil del joven de la UT Til-lers reincidente *versus* el no reincidente

Los jóvenes reincidentes (N=42) que han sido atendidos en la UT son chicos (100%) y un 64,3% de nacionalidad española. Su nivel socioeconómico es medio (59,5%) y el nivel de estudios es mayoritariamente de secundaria (73,8%). Respecto a las variables penales, el 88,1% tienen antecedentes, y el 38% entre 3-5 antecedentes. Respecto al hecho principal cometido, por el que ingresaron en la UT en cumplimiento de una medida de internamiento, el 47,6% han sido delitos contra las personas. En el total de los hechos, el 78,6% son violentos y el 97,6% son delitos. Es preciso destacar que el 73,8% de los delitos se han cometido con otros jóvenes.

Los jóvenes no reincidentes (N=39) son chicos en el 92,3% de los casos y de nacionalidad española (76,9%). El 100% de las chicas se encuentran en este grupo. El nivel socioeconómico es medio (71,8%) y el nivel educativo en el 69,2% de los casos es de secundaria. En relación con las variables penales, el 61,5% tienen antecedentes penales, y el 28,2% tienen entre 1-2 antecedentes. Respecto al hecho principal cometido, por el que se encuentran en la UT, el 87,2% son delitos contra las personas y en el 92,3% de los casos son con violencia.

Tabla 30. Comparativa del joven reincidente versus el no reincidente

SIJJ		REINCIDENCIA			
		No reincidente		Reincidente	
		N	%	N	%
Año alta/salida de la UT Til-lers	2009	4	66,7	2	33,3
	2010	6	42,9	8	57,1
	2011	10	47,6	11	52,4
	2012	10	43,5	13	56,5
	2013	9	52,9	8	47,1
Sexo	Hombre	36	46,2	42	53,8
	Mujer	3	100,0	0	0,0
Edad en el hecho principal	14 o 15 años	7	33,3	14	66,7
	16 o 17 años	32	53,3	28	46,7
Nacionalidad	Español	30	52,6	27	47,4
	Extranjero	9	37,5	15	62,5
Área geográfica de procedencia	Europa	1	25,0	3	75,0
	Magreb	1	11,1	8	88,9
	América Central y del Sur	6	75,0	2	25,0
	Otros	1	33,3	2	66,7
Provincia de residencia	Barcelona	35	53,0	31	47,0
	Girona	1	33,3	2	66,7
	Tarragona	0	0,0	5	100,0
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	15	**75,0	5	25,0
	Con antecedentes	24	39,3	37	**60,7
Número de antecedentes	1 o 2 antecedentes	11	61,1	7	38,9
	De 3 a 5 antecedentes	8	33,3	16	66,7
	Más de 5 antecedentes	5	26,3	14	73,7
Ámbito de los antecedentes	Justicia Juvenil	23	43,4	30	56,6
	Sistema penal adultos	1	12,5	7	87,5
Categoría último antecedente	Contra las personas	13	48,1	14	51,9
	Contra la propiedad violento	4	28,6	10	71,4
	Contra la propiedad no violento	6	37,5	10	62,5

	Otros	1	25,0	3	75,0
Violencia último antecedente	Violento	17	41,5	24	58,5
	No violento	7	35,0	13	65,0
Categoría del hecho principal	Contra las personas	34	**63,0	20	37,0
	Contra la propiedad violento	2	13,3	13	**86,7
	Contra la propiedad no violento	3	30,0	7	70,0
	Otros	0	0,0	2	100,0
Violencia en el hecho principal	Violento	36	52,2	33	47,8
	No violento	3	25,0	9	75,0
Tipo de hecho principal	Delito	37	47,4	41	52,6
	Falta	2	66,7	1	33,3
Otros jóvenes implicados en los hechos	No	34	52,3	31	47,7
	Sí	5	31,3	11	68,8
Medida protección víctima	No	33	45,2	40	54,8
	Sí	6	75,0	2	25,0
Territorio responsable programa/medida	Barcelona	36	49,3	37	50,7
	Girona	1	50,0	1	50,0
	Lleida	0	0,0	1	100,0
	Tarragona	2	40,0	3	60,0
Programa/medida	Internamiento cautelar en un centro	16	66,7	8	33,3
	Internamiento en centro	15	42,9	20	57,1
	Internamiento centro terapéutico	8	36,4	14	63,6
Internamiento cautelar durante ingreso	No	13	44,8	16	55,2
	Sí	26	50,0	26	50,0
Hospitalización	No	39	*51,3	37	48,7
	Sí	0	0,0	5	*100,0
Evasión o no retorno	No	38	49,4	39	50,6
	Sí	1	25,0	3	75,0
Permiso ordinario	No	28	54,9	23	45,1
	Sí	11	36,7	19	63,3
Permiso extraordinario	No	35	46,1	41	53,9
	Sí	4	80,0	1	20,0

Salida fin de semana	No	22	50,0	22	50,0
	Sí	17	45,9	20	54,1
Salida programada	No	17	43,6	22	56,4
	Sí	22	52,4	20	47,6
Utilización de medios de contención	No	29	54,7	24	45,3
	Sí	10	35,7	18	64,3

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

Las únicas diferencias estadísticamente significativas que se recogen en la tabla es que el grupo de reincidentes presenta en mayor proporción antecedentes delictivos y que en este grupo los tipos de delito *contra la propiedad* y *violento* se encuentran mucho más representados que el resto de delitos.

3.3.2. Variables SAVRY y riesgos del reincidente

En cuanto a las variables del SAVRY, la evaluación realizada destaca que el joven que ha cometido una reincidencia tenía significativamente un resumen de riesgo global de cometer un nuevo delito alto *versus* una valoración del riesgo moderado del joven que no ha reincidido. La población que reincide tiene una falta importante de apoyo de otros adultos, son jóvenes con pocos o ningún familiar capaz de ofrecerle apoyo y tutoría, que presentan problemas de asunción de riesgos, impulsivos y con un bajo interés o compromiso hacia la escuela o el trabajo. Son jóvenes que más frecuentemente se relacionan con un grupo de iguales que regularmente realizan actos antisociales. (Véase Anexo 8.9).

El joven que no ha reincidido tenía una valoración global de riesgo moderado de cometer una nueva actividad delictiva según los profesionales. En este grupo, la capacidad de la familia, cuidadores u otros adultos para dar apoyo emocional es mayoritariamente adecuada. Los jóvenes presentan a menudo problemas de impulsividad pero de forma moderada. El interés por la escuela o el trabajo es bajo aunque mayoritariamente asisten a ella, y muchos, como factor de protección, muestran interés en tener éxito. No se relacionan con iguales que delinquen.

Gráfico 8. Resumen de variables con diferencias significativas de los jóvenes atendidos en la UT reincidentes versus los no reincidentes



**Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

Estos datos permiten tener una primera aproximación de aquellos jóvenes que requerirán una intervención más intensiva para disminuir el riesgo de reincidencia delictiva. Permiten iniciar una detección precoz del posible joven reincidente en el ingreso en la UT.

3.3.3. Reincidencia según la problemática clínica del joven

A continuación se presentarán los datos de la reincidencia de los jóvenes atendidos en la UT, diferenciados según el perfil clínico que presentan. Nos encontramos con una muestra relativamente pequeña y, por lo tanto, los datos pueden apuntar tendencias. Se han encontrado diferencias significativas en la población con patología dual en comparación con el resto de población de la UT, en relación con el hecho principal de la reincidencia que en este grupo específico es más a menudo violento.

Tabla 31. Resumen de reincidencia –ordenado de mayor a menor– según perfil clínico de la población atendida en la UT

Variable	Categoría	N	%	TASA REINCIDENCIA
Perfiles clínicos de la población atendida en la UT	Trastorno mental severo	25	31,6	60 %
	T. relacionados con el consumo de sustancias	43	54,4	53,5%
	Discapacidad intelectual leve	27	33,3	51,9%
	Patología dual	33	41,8	48,5%
	Trastorno mental no severo	44	55,7	43,2%
	Trastornos de la conducta	12	14,8	41,7%
	TDAH	20	24,7	35%

3.3.3.1. Reincidencia del joven con trastorno mental severo²³

Los jóvenes con trastorno mental severo (N=25) han presentado una reincidencia del 60%, y son el grupo que presenta la tasa general más elevada de nuevos hechos delictivos de la población atendida en la UT. El primer hecho se ha producido mayoritariamente (60%) durante los primeros seis meses posteriores a la finalización del internamiento judicial, en este sentido, son el grupo que en segundo lugar realiza nuevos delitos durante los primeros seis meses posteriores al desinternamiento, únicamente superados por los jóvenes con trastorno de conducta que reinciden en el 100% de los casos en este periodo, como se expondrá a continuación. La categoría del hecho principal del

²³ Anexo 8.10 Tabla reincidencia del joven con trastorno mental severo.

joven con TMS que reincide es contra la propiedad no violento en el 40% de los casos, constitutivo de un delito (86,7%) no violento (53,3%). La ejecución de la pena por la primera reincidencia en el 46,7% de los casos se cumple en el ámbito de la Justicia Juvenil y en la misma proporción en el ámbito penitenciario de adultos. La pena impuesta por este primer hecho es el ingreso en un centro penitenciario en el 33,3% de los casos, seguido de una medida de asesoramiento técnico y mediación en el 26,7% de la muestra. Aproximadamente la mitad de estos menores tienen más de 3 reincidencias (46,7%). Si consideramos el total de reincidencias, la mayoría de respuestas judiciales se han cumplido en el ámbito de Justicia Juvenil (40%) pero un 26,3% del casos se han ejecutado únicamente en centro penitenciario.

3.3.3.2. Reincidencia del joven con trastorno mental²⁴

Los jóvenes con trastorno mental (N=44) han presentado una reincidencia del 43,2%, y se ha producido el primer hecho casi en la mitad del casos (47,6%) durante los seis meses posteriores al desinternamiento. La categoría del hecho principal es contra las personas en el 36,8% de la muestra, violento (57,9%) y constitutivo de un delito (73,7%). La ejecución de la pena de la primera reincidencia se cumple en el ámbito de la Justicia Juvenil en el 52,6% de los casos. El programa o medida impuestos por este primer hecho son el asesoramiento técnico y la mediación, el internamiento en centro educativo y los trabajos en beneficio de la comunidad en todos los casos, en un 21,1%, seguido del ingreso en centro penitenciario en el 15,8% de la muestra. Aproximadamente la mitad de estos jóvenes han cometido entre 2-3 reincidencias (47,4%) y la mayoría de respuestas judiciales se han ejecutado en el ámbito de Justicia Juvenil (42,1%), un 10,5% han sido medidas penales alternativas y en la misma proporción se han ejecutado únicamente en un centro penitenciario.

²⁴ Anexo 8.11 Tabla reincidencia del joven con trastorno mental.

3.3.3.3. Reincidencia del joven con patología dual²⁵

Los Jóvenes con patología dual (N=33) tienen una reincidencia global del 48,5%. Aunque la reincidencia general es ligeramente inferior, es preciso destacar que los jóvenes con patología dual (PD) son el grupo que presenta, durante los primeros seis meses posteriores a la finalización del internamiento en la UT, la tercera mayor tasa de reincidencia, comparados con el resto de la población atendida en la UT, y únicamente superados durante este periodo por los jóvenes con trastorno de conducta (100%) y TMS (60%). El 56,3% de la conducta delictiva del joven con PD se da durante estos primeros meses posteriores al desinternamiento. La categoría del hecho principal es *contra la propiedad violento* (37,5%), constitutivo de un delito (87,5%) y violento (68,8%). La ejecución de la pena por la primera reincidencia se cumple en el ámbito de la Justicia Juvenil en el 50% de los casos. La medida impuesta por este primer hecho es el internamiento en centro educativo en el 31,3% de los casos, seguido del ingreso en centro penitenciario (25%). El 43,8% de la muestra ha realizado entre 2-3 reincidencias, la mitad de respuestas judiciales se han cumplido únicamente en el ámbito de la Justicia Juvenil (50%) y en prisión en el 18,8% de los casos.

Destaca en este grupo, de forma significativa, un mayor porcentaje de jóvenes –comparado con el resto de la población– que cometen hechos principales violentos en la primera reincidencia.

3.3.3.4. Reincidencia del joven con trastorno relacionado con el consumo de sustancias²⁶

Los jóvenes con trastorno relacionado con el consumo de sustancias (N=43) constituyen un grupo que engloba todos aquellos adolescentes en los que existe una problemática asociada al consumo de tóxicos en patrón de dependencia, independientemente de la gravedad de la patología comórbida detectada. Estos jóvenes presentan una reincidencia del 53,5%, y son el grupo

²⁵ Anexo 8.12 Tabla reincidencia del joven con patología dual.

²⁶ Anexo 8.13 Tabla reincidencia del joven con trastorno relacionado con el consumo de sustancias.

con la segunda reincidencia global más elevada, solo superada por los jóvenes con TMS (60%). El primer hecho cometido con posterioridad a la finalización del internamiento judicial ha sido durante los primeros seis meses en el 43,5% de la muestra. La categoría del hecho principal es *contra la propiedad violento* (34,8%), constitutivo de un delito (87%) y violento (56,5%). La ejecución de la pena de la primera reincidencia se cumple en el ámbito de la Justicia Juvenil en el 43,5% de los casos y, en la misma proporción, en el ámbito penitenciario de adultos. La medida impuesta por este primer hecho es el ingreso en centro penitenciario en el 26,1% de los casos, seguido del internamiento en centro educativo (21,7%). El 43,5% de la muestra ha realizado entre 2-3 reincidencias, la mayoría de respuestas judiciales a estas reincidencias se han cumplido únicamente en el ámbito de la Justicia Juvenil (39,1%) y únicamente en prisión en el 17,4% de los casos.

3.3.3.5. Reincidencia del joven con trastorno de conducta²⁷

Los adolescentes con trastorno de la conducta (N=12) presentan una reincidencia del 41,7% (N=5). Es preciso destacar que son el grupo que en el 100% de los casos realizan los hechos delictivos durante los 6 primeros meses posteriores al desinternamiento. La categoría del hecho principal es *contra las personas y contra la propiedad no violento* en igual porcentaje (40%), constitutivo de un delito (60%) y no violento en el 60% de los casos, y, en este sentido, es el grupo con el hecho no violento en mayor porcentaje. La ejecución de la respuesta judicial en la primera reincidencia se cumple en el ámbito de la Justicia Juvenil en el 80% de los casos. La medida impuesta por este primer hecho es el internamiento en centro educativo, las prestaciones en beneficio de la comunidad y las medidas de medio abierto, en todos los casos en el mismo porcentaje, el 20%. El 60% de la muestra ha realizado mayoritariamente una única reincidencia, por lo que es el grupo con menor número de hechos delictivos, y la mayoría (80%) de respuestas judiciales a estas reincidencias se han cumplido únicamente en el ámbito de la Justicia Juvenil. Un 20% de los casos ingresan en centro penitenciario.

²⁷ Anexo 8.14 Tabla reincidencia del joven con trastorno de conducta.

3.3.3.6 Reincidencia del joven con trastorno por déficit de atención con hiperactividad²⁸

Los menores con TDAH (N=20) presentan una reincidencia del 35%. El primer hecho delictivo se da en el 28,6% de los casos durante los primeros seis meses posteriores a la finalización del internamiento judicial. A pesar de ello, en conjunto, son el grupo de jóvenes que tardan más tiempo en volver a reincidir en comparación con el total de la población atendida en la UT, y su porcentaje de reincidencia entre el primer y segundo año es del 42,9%. Es el grupo con menor reincidencia y el grupo en el que esta se produce mucho más tarde. La categoría del hecho principal es contra las personas y contra la propiedad en igual porcentaje (28,6%), constitutivo de un delito (85,7%) y violento (57,1%). La ejecución de la respuesta judicial en la primera reincidencia en el 57,1% de los casos se cumple en el ámbito de la Justicia Juvenil. La medida impuesta por este primer hecho es el internamiento en centro educativo, el asesoramiento técnico y la mediación y los trabajos en beneficio de la comunidad en todos los casos en el mismo porcentaje, el 28,6%. El 42,9% de la muestra ha realizado entre 2-3 reincidencias, la mayoría de respuestas se han cumplido únicamente en el ámbito de la Justicia Juvenil (42,90%) y como medidas penales alternativas y en centro penitenciario en el 28,7% de los casos.

3.3.3.7. Reincidencia del joven con discapacidad intelectual leve²⁹

Los jóvenes con discapacidad intelectual leve (N=27) presentan una reincidencia del 51,9%. La mitad de estos adolescentes reinciden durante los seis primeros meses después de finalizar el internamiento judicial. La categoría del hecho principal es *contra las personas* (35,7%), constitutivo de un delito en el 78,6% de los casos y no violento en el 50% de la muestra. La ejecución de la primera reincidencia en el 35,7% de los casos se cumple en el ámbito de la Justicia Juvenil y en la misma proporción en prisión. La medida impuesta por

²⁸ Anexo 8.15 Tabla reincidencia del joven con TDAH.

²⁹ Anexo 8.16 Tabla reincidencia del joven con discapacidad intelectual leve.

este primer hecho es una pena de prisión en el 35,7% de los casos. El 64,3% de la muestra ha realizado mayoritariamente más de 3 reincidencias, y son el grupo con mayor porcentaje en este sentido. La mayoría ha cumplido solo medidas en prisión en (21,4%) y solo en Justicia Juvenil en el 14,3% de la muestra.

Tabla 32. Resumen de la tasa reincidencia, tasa de reincidencia antes de los seis meses, categoría del hecho principal, delito y violencia del delito según perfil clínico de la población atendida en la UT

Perfiles clínicos	Tasa Reincidencia	Tasa Reincidencia antes de los 6 meses	Categoría hecho principal	Delito	Violento
Trastorno mental no severo	43,2%	47,6%	36,8% contra las personas	73,7%	57,9%
Trastorno mental severo	60 %	60%	40% contra la propiedad no violento	86,7%	53,3%
T. relacionados con el consumo de sustancias	53,5%	43,5%	34,8% contra la propiedad violento	87%	56,5%
Patología dual	48,5%	56,3%	37,5% contra la propiedad violento	87,5%	68,8%*
TDAH	35%	28,6%	28,6% contra las personas y contra la propiedad	85,7%	57,1%
Trastornos de la conducta	41,7%	100%	40% contra las personas y contra la propiedad no violento	60%	40%
Discapacidad intelectual leve	51,9%	50%	35,7% contra las personas	78,6%	50%

Tabla 33. Resumen de la ejecución de medidas judiciales en Justicia Juvenil y en centro penitenciario según perfil clínico de la población atendida en la UT

Perfiles clínicos	Ejecución en Justicia Juvenil	Ejecución en centro penitenciario
Trastorno mental no severo	42,1%	10,5%
Trastorno mental severo	40%	26,3%
T. relacionados con el consumo de sustancias	39,1%	17,4%
Patología dual	50%	18,8%
TDAH	42,9%	28,7%
Trastornos de la conducta	80%	20%
Discapacidad intelectual leve	14,3%	21,4%

3.4. Comparativa entre los jóvenes atendidos en la UT Til-lers y el resto de jóvenes de CE de Justicia Juvenil

Se ha realizado una comparativa entre los jóvenes atendidos en la UT Til-lers y la población general de Justicia Juvenil que finalizó también una medida privativa de libertad en un centro educativo entre los años 2010 y 2013.

En conjunto, nos encontramos con una población general en CE y en la UT de chicos que han cometido el hecho delictivo entre los 16-17 años, pero existen diferencias significativas entre los dos grupos. A nivel sociodemográfico, la población atendida en la UT es en el 70,4% de los casos de nacionalidad española en comparación con el 45,3% de españoles del resto de CE. Prácticamente en el 90% de los casos residen en la provincia de Barcelona. Uno de cada cuatro jóvenes (25,9%) no tiene antecedentes judiciales previos al internamiento en la UT y como grupo presentan antecedentes menos frecuentemente que la población general de CE, que tienen antecedentes en el 91,1% de los casos. Significativamente, la categoría del hecho principal que ha motivado el internamiento en la UT es un delito *contra las personas* en el 66,7%, mientras que en los jóvenes de CE son más significativos los hechos *contra la propiedad violentos*. La duración media del programa es mucho menor en la población atendida en la UT, menos de 6 meses en el 72,5% de los casos *versus* el 50,7% de la población de CE, el resto de menores están entre 6 meses y un año. Los jóvenes de CE en un 25,1% tienen impuesta una

medida de internamiento con una duración superior a un año, mientras que para la mayoría de jóvenes de la UT es inferior a los seis meses.

Tabla 34. Diferencias significativas de los jóvenes en internamiento en CE versus internamiento en la UT

Variables personales y penales		Internamiento CE		UT Til-lers	
		N	%	N	%
Nacionalidad (español/extranjero)	Español	92	45,3	57	**70,4
	Extranjero	111	**54,7	24	29,6
Provincia de residencia	Barcelona	137	70,3	66	**89,2
	Girona	16	8,2	3	4,1
	Lleida	13	**6,7	0	0,0
	Tarragona	29	**14,9	5	6,8
Antecedentes en JJ	Sin antecedentes	18	8,9	21	**25,9
	Con antecedentes	185	**91,1	60	74,1
Categoría del hecho principal	Contra las personas	81	39,9	54	**66,7
	Contra la propiedad violento	80	**39,4	15	18,5
	Contra la propiedad no violento	26	12,8	10	12,3
	Otros	16	7,9	2	2,5
Duración del programa (agrupada)	Menos de 6 meses	103	50,7	58	**72,5
	De 6 meses a 1 año	49	24,1	22	27,5
	Más de 1 año	51	**25,1	0	0,0

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

No existen diferencias significativas en relación con la edad en la comisión del hecho principal o la edad en la finalización de la medida.

Tabla 35. Diferencias de los jóvenes en internamiento en CE y en la UT en relación con la edad del hecho, finalización de la medida y duración del programa

Variables personales y penales	Internamiento CE			UT Til-lers			p
	N	Media	DT	N	Media	DT	
Edad en el hecho principal	202	15,79	1,03	81	16,10	0,93	0,021

Edad a la finalización del programa	203	18,06	1,62	81	17,28	1,28	0,000
Días entre el hecho y el inicio del programa	203	492,31	386,28	81	222,11	547,26	0,000
Duración del programa (en días)	203	317,93	384,12	80	136,93	91,31	0,000

3.4.1. Diferencias significativas en la evaluación SAVRY de la población UT y población general de CE de Justicia Juvenil

En relación con la evaluación SAVRY y concretamente con el *resumen de riesgo*, los jóvenes atendidos en la UT presentan en mayor porcentaje un riesgo global alto (54,5%), es decir, una valoración alta del riesgo de cometer una nueva actividad delictiva, según los profesionales, comparado con el resto de jóvenes internos en CE en que predomina la valoración de riesgo global *moderado* en el 56,5% de los casos y bajo en el 10,1% de la muestra. Igualmente, el riesgo de que una nueva actividad delictiva sea violenta en los jóvenes atendidos en la UT es alto (48,9%) *versus* moderado o bajo, en el 52,7% y 24,1% respectivamente en la muestra de CE. El riesgo de cometer actos violentos en el centro educativo es también alto *en mayor porcentaje* en los menores atendidos en la UT (33,3%), y predomina la valoración *bajo* en el 63,8% de la población que ha cumplido el internamiento en CE. En relación con la posibilidad de cometer actos delictivos durante la realización de salidas o permisos, la valoración del riesgo también es alto en mayor porcentaje para la población de la UT (48,8%), y es mayoritariamente bajo para los menores internos en los CE (44,5%).

Tabla 36. Diferencias significativas en la valoración de riesgo global de los jóvenes en internamiento en CE y en internamiento en la UT Til-lers

Riesgo global SAVRY	Internamiento CE		Internamiento UT Til-lers	
	N	%	N	%
	Resumen riesgo global			
Bajo	14	**10,1	2	2,6
Moderado	78	**56,5	33	42,9
Alto	46	33,3	42	**54,5

Resumen riesgo delitos violentos	Bajo	27	24,1	6	12,8
	Moderado	59	52,7	18	38,3
	Alto	26	23,2	23	**48,9
Resumen riesgo violencia en el centro	Bajo	67	**63,8	14	35,9
	Moderado	33	31,4	12	30,8
	Alto	5	4,8	13	**33,3
Resumen riesgo salidas y permisos	Bajo	49	**44,5	8	19,5
	Moderado	37	33,6	13	31,7
	Alto	24	21,8	20	**48,8

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

Nos encontramos en conjunto con una valoración de riesgo alto en todos los ítems de los jóvenes en la UT con diferencias significativas en comparación a la población general de CE de Justicia Juvenil.

En relación con los *factores de riesgo históricos* de desarrollo de conducta delictiva y que apuntan a una mayor probabilidad de actos antinormativos, encontramos diferencias significativas en la población general de Justicia Juvenil y en los jóvenes atendidos en la UT que describimos a continuación. En relación con los antecedentes de conductas antisociales e ilegales no violentas, los jóvenes internos en CE presentan una mayor participación en actos delictivos no violentos previos (39,9%) y los jóvenes atendidos en la UT tienen un histórico de menor participación en delitos no violentos. La delincuencia de los padres o cuidadores es significativamente baja en los adolescentes atendidos en la UT, en el 72,7% de la muestra no encontramos antecedentes de conductas delictivas en los progenitores.

En cuanto a *factores de riesgo social contextual* se destacan a continuación las diferencias significativas, que se dan en todos los factores incluidos dentro de esta categoría. En los jóvenes atendidos en la UT encontramos significativamente una mayor proporción de jóvenes que no se relacionan con grupo de iguales que delinquen, en el 22,1% de los casos la valoración es baja *versus* el 10,0% de los jóvenes de CE. El rechazo del grupo de iguales se da en mayor porcentaje en el grupo de la UT y es significativo en la actualidad o lo ha sido en su pasado en un 19,5% de casos *versus* el 5,1% de los menores de

CE. El grupo de la UT presenta (62,3% de casos) un riesgo alto de estrés e incapacidad para afrontar las dificultades, que indica que estos jóvenes han experimentado hace poco mucho estrés o han sufrido una pérdida importante o que muestran habitualmente una incapacidad extrema para afrontar las dificultades; por el contrario este factor se presenta más frecuentemente como moderado y bajo en los menores de CE (44,9% y 23,2%, respectivamente). A pesar de predominar, en conjunto, en todos los jóvenes, tanto de la UT como de CE de Justicia Juvenil, un riesgo moderado-alto relacionado con las habilidades parentales para educar, en la muestra de la UT encontramos mayor número de padres que están educando a sus hijos en una disciplina consistente y adecuada, 16,9% de la muestra *versus* el 6,5% en los jóvenes de CE, lo que quiere decir que hay un 10% más de chicos/as que reciben una supervisión e implicación apropiadas por parte de los progenitores. Al mismo tiempo, los jóvenes de la UT tienen en mayor porcentaje una familia, cuidadores u otros adultos capaces de ofrecer apoyo emocional y una tutoría (42,9%) *versus* las familias de los jóvenes de CE que en el 47,1% de casos moderadamente no son capaces de hacerlo de forma sistemática y fiable. En relación con el entorno de residencia, los jóvenes atendidos en la UT en el 53,2% de los casos viven en un entorno con bajos niveles de delincuencia, pobreza o violencia, mientras que sucede al contrario en los menores de CE donde significativamente viven en mayor proporción en un entorno marginal (44,2%).

En relación con los *factores de riesgo individuales*, encontramos diferencias entre los dos grupos de jóvenes en prácticamente todos los ítems evaluados.

En cuanto a las actitudes negativas hacia las respuestas violentas o la delincuencia, los menores internados en CE, en el 70,3% del casos, muestran algunas actitudes que apoyan la legitimidad de la delincuencia o la violencia o tienen algunas dificultades para generar soluciones no agresivas a los problemas, mientras que en la población de la UT, encontramos significativamente más jóvenes (28,6%) que presentan actitudes que claramente aprueban la delincuencia o la violencia como una forma de solucionar los conflictos, o tienen más a menudo dificultades para generar soluciones no agresivas a los conflictos.

La asunción de riesgos y la impulsividad es alta en el 58,4% de la muestra de la UT, y moderada y baja, en el 50,7% y 21,7% de los casos de CE, respectivamente.

Los problemas en el consumo de sustancias se encuentran de forma moderada en un porcentaje mayor de los menores internos en CE.

Respecto a presentar problemas en el manejo del enfado, entendidos como la dificultad para controlar las expresiones de rabia y malestar, los jóvenes de la UT presentan dificultades importantes en el 57,1% de casos, mientras que los de CE destacan por tener dificultades moderadas (55,8%) o no tenerlas (26,8%).

En el 37,7% de la muestra de la UT se han observado dificultades graves de inquietud extrema, hiperactividad o problemas de concentración *versus* el 58,7% de la población interna en CE que no presentan este tipo de dificultades.

El interés y compromiso escolar o laboral del menor atendido en la UT se encuentra en el 42,9% de la muestra en un nivel de riesgo alto, indicativo de bajo interés o compromiso hacia la formación o el trabajo, con ausentismo, en comparación con los menores internos en CE que presentan un interés adecuado hacia la formación y el trabajo en el 37% de los casos.

Tabla 37. Diferencias significativas en los factores de riesgo histórico, riesgo social contextual y factores individuales de la valoración de RIESGO de los jóvenes en internamiento en CE y en internamiento en la UT Til-lers

Factores de riesgo SAVRY		Internamiento CE		Internamiento UT Til-lers	
		N	%	N	%
2. Historia de actos delictivos no violentos	Bajo	27	19,6	25	*32,5
	Moderado	56	40,6	35	45,5
	Alto	55	*39,9	17	22,1
8. Delincuencia de los padres o cuidadores	Bajo	75	54,3	56	*72,7
	Moderado	35	*25,4	9	11,7
	Alto	28	20,3	12	15,6
11. Delincuencia en el grupo de iguales	Bajo	14	10,1	17	*22,1
	Moderado	48	34,8	26	33,8
	Alto	76	55,1	34	44,2

Factores de riesgo SAVRY		Internamiento CE		Internamiento UT Til-lers	
		N	%	N	%
		12. Rechazo del grupo de iguales	Bajo	95	**68,8
	Moderado	36	26,1	26	33,8
	Alto	7	5,1	15	**19,5
13. Estrés e incapacidad para afrontar dificultades	Bajo	32	**23,2	7	9,1
	Moderado	62	**44,9	22	28,6
	Alto	44	31,9	48	**62,3
14. Escasa habilidad de los padres para educar	Bajo	9	6,5	13	*16,9
	Moderado	59	42,8	26	33,8
	Alto	70	50,7	38	49,4
15. Falta de apoyo de otros adultos	Bajo	29	21,0	33	**42,9
	Moderado	65	**47,1	26	33,8
	Alto	44	31,9	18	23,4
16. Entorno marginal	Bajo	42	30,4	41	**53,2
	Moderado	35	25,4	18	23,4
	Alto	61	**44,2	18	23,4
17. Actitudes negativas	Bajo	25	18,1	14	18,2
	Moderado	97	**70,3	41	53,2
	Alto	16	11,6	22	**28,6
18. Asunción de riesgos/Impulsividad	Bajo	30	**21,7	8	10,4
	Moderado	70	**50,7	24	31,2
	Alto	38	27,5	45	**58,4
19. Problemas de consumo de sustancias	Bajo	22	15,9	17	22,1
	Moderado	64	*46,4	22	28,6
	Alto	52	37,7	38	49,4
20. Problemas con el manejo del enfado	Bajo	37	**26,8	6	7,8
	Moderado	77	**55,8	27	35,1
	Alto	24	17,4	44	**57,1
22. Problemas de concentración/hiperactividad	Bajo	81	**58,7	23	29,9
	Moderado	47	34,1	25	32,5
	Alto	10	7,2	29	**37,7

Factores de riesgo SAVRY		Internamiento CE		Internamiento UT Til-lers	
		N	%	N	%
		24. Bajo interés/compromiso escolar o laboral	Bajo	51	**37,0
	Moderado	58	42,0	27	35,1
	Alto	29	21,0	33	**42,9

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

En relación con los *factores de protección* los jóvenes atendidos en la UT presentan en mayor proporción (62,3% de los casos) fuerte apoyo social, es decir, una red de iguales o adultos que proporcionan apoyo emocional y ayuda concreta en momentos de angustia y necesidad. Este apoyo se encuentra ausente en los jóvenes internos en CE en el 56,5% de los casos. Las actitudes positivas hacia las intervenciones y la autoridad están ausentes de forma significativamente superior en los adolescentes ingresados en la UT (48,1%) si los comparamos con el resto de menores de JJ, que tienen presente una actitud positiva hacia la autoridad y las intervenciones en el 74,6% de los casos. El compromiso con la escuela o el trabajo se encuentra ausente en el 77,9% de los jóvenes ingresados en la UT, en el 54,3% de la muestra de CE el adolescente muestra un alto nivel de interés, implicación y motivación por tener éxito en la escuela o el trabajo. La perseverancia, como rasgo de personalidad, y entendida como la habilidad para tener éxito o conseguir resultados positivos, a pesar de las situaciones adversas, está ausente en el 87% de los jóvenes de la UT, mientras que se encuentra presente en el 27,5% de la muestra general de JJ.

Tabla 38. Diferencias significativas en los factores de protección de los jóvenes en internamiento en CE y en internamiento en la UT Til-lers

Factores de protección SAVRY		Internamiento CE		Internamiento UT Til-lers	
		N	%	N	%
		P2. Apoyo social fuerte	Presente	60	43,5
	Ausente	78	**56,5	29	37,7
P4. Actitud positiva hacia intervenciones y autoridad	Presente	103	**74,6	40	51,9
	Ausente	35	25,4	37	**48,1

P5. Fuerte compromiso con la escuela o el trabajo	Presente	75	**54,3	17	22,1
	Ausente	63	45,7	60	**77,9
P6. Perseverancia como rasgo de personalidad	Presente	38	*27,5	10	13,0
	Ausente	100	72,5	67	*87,0

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

En cuanto a los factores de riesgo añadidos evaluados en el SAVRY, las actitudes de las familias ante el delito en la muestra atendida en la UT son de desaprobación y condena en el 56,5% de los casos. El locus de control, entendido como el lugar donde el menor percibe el origen del agente causal de los acontecimientos de su vida cotidiana, es significativamente externo en la población atendida en la UT, y tanto interno como externo en los jóvenes atendidos en la población general de CE de JJ.

Tabla 39. Diferencias significativas en los factores de riesgo añadido de los jóvenes en internamiento en CE y en internamiento en la UT Til-lers

Factores de riesgo añadidos		Internamiento CE		Internamiento UT Til-lers	
		N	%	N	%
A1. Actitud familiar ante el delito	Estimula el comportamiento delictivo	2	1,6	0	0,0
	Justifica el comportamiento delictivo	10	8,1	3	4,3
	Actitud indiferente o pasiva	23	18,7	9	13,0
	Desaprueba el comportamiento delictivo	56	**45,5	18	26,1
	Desaprueba y condena	32	26,0	39	**56,5
A3. Locus control	LC externo predominante	35	29,2	25	36,8
	LC externo	11	9,2	18	**26,5
	LC interno predominante	21	17,5	6	8,8
	LC interno	9	7,5	3	4,4
	LC tanto interno como externo	44	**36,7	16	23,5

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

3.4.2. Comparativa del joven reincidente de internamiento en CE *versus* el joven reincidente de la UT Til-lers

El joven de la población general interno en un centro educativo de Justicia Juvenil reincide en el 46,8% de los casos *versus* el 51,9% de los jóvenes atendidos en la UT. A pesar de ser un porcentaje un poco más elevado, esta diferencia no es significativa. En ambos grupos existe mayor reincidencia durante los primeros seis meses posteriores a la finalización del internamiento o, lo que es lo mismo, durante el primer medio año de retorno a la comunidad. En la población general de CE de JJ el primer delito se da en el 40% de los casos durante este periodo *versus* el 47,6% de la población de la UT. Posteriormente, la reincidencia va disminuyendo.

Respecto a las diferencias significativas en cuanto al tiempo en volver a cometer un delito o falta, los jóvenes de CE reinciden significativamente en mayor proporción que los jóvenes de la UT en el plazo de los 2-3 años posteriores a la finalización del internamiento. La población de la UT presenta una reincidencia del 4,8% entre los 3-4 años, y esta proporción es nula en los menores de JJ.

La categoría del hecho principal de la primera reincidencia es contra la propiedad no violento en el 34,7% de los menores internos en CE *versus* el 26,2% que se da en igual proporción en los menores de la UT en cuanto al delito contra las personas y contra la propiedad no violento. En ambos grupos el hecho principal en la primera reincidencia es constitutivo de un delito (72,6% en la población general de JJ y 81% en la muestra de la UT) y no violento, en el 56,8% de los casos de la población de JJ y en el 52,4% de los jóvenes atendidos en la UT.

El ámbito de la primera reincidencia implica mayoritariamente una entrada en la prisión en el 44,2% de los jóvenes de CE en cambio, en la población atendida en la UT, supone una nueva medida de Justicia Juvenil (45,2%).

El 34,7% de los jóvenes de CE cometen en igual porcentaje 1, 2 o 3 reincidencias. En la muestra de la UT, el 38,1% de los casos han cometido entre 2 o 3 reincidencias y el 35,7% más de 3 nuevos hechos constitutivos de delitos.

En un porcentaje superior de casos de la población de la UT se da reincidencia violenta (34,6% versus 20,2% en los jóvenes de CE).

Tabla 40. Comparativa y diferencias significativas del joven reincidente internado en CE versus la muestra de la UT Til-lers

Reincidencia		Grupo de estudio			
		Internamiento CE		Internamiento UT Til-lers	
		N	%	N	%
Reincidencia	No	108	53,2%	39	48,1%
	Sí	95	46,8%	42	51,9%
Tiempo en reincidir (agrupada)	Menos de 6 meses	38	40,0%	20	47,6%
	De 6 meses a 1 año	21	22,1%	10	23,8%
	De 1 a 2 años	17	17,9%	9	21,4%
	De 2 a 3 años	19	**20,0%	1	2,4%
	De 3 a 4 años	0	0,0%	2	**4,8%
Categoría hecho principal primera reincidencia	Contra las personas	18	18,9%	11	26,2%
	Contra la propiedad violento	23	24,2%	9	21,4%
	Contra la propiedad no violento	33	34,7%	11	26,2%
	Otros	21	22,1%	11	26,2%
Violencia hecho principal primera reincidencia	Violento	41	43,2%	20	47,6%
	No violento	54	56,8%	22	52,4%
Tipo hecho principal primera reincidencia	Delito	69	72,6%	34	81,0%
	Falta	26	27,4%	8	19,0%
Ámbito de la primera reincidencia	Justicia Juvenil	35	36,8%	19	45,2%
	MPA	18	18,9%	8	19,0%
	Prisión	42	44,2%	15	35,7%
Programa o medida primera reincidencia	MRM	2	2,1%	0	0,0%
	ATM	14	14,7%	9	21,4%
	LV	3	3,2%	1	2,4%
	PBC	4	4,2%	1	2,4%
	Otros MO	2	2,1%	2	4,8%
	Internamiento	9	9,5%	6	14,3%
	TBC	17	17,9%	7	16,7%
	Otros MPA	1	1,1%	1	2,4%
	Prisión	30	31,6%	10	23,8%
	LP	4	4,2%	2	4,8%
	RPS	8	8,4%	3	7,1%

	Medidas cautelares	1	1,1%	0	0,0%
Total ámbitos reincidencia	Solo JJ	22	23,2%	15	35,7%
	Solo MPA	12	12,6%	5	11,9%
	Solo Prisión	36	37,9%	7	16,7%
	Justicia Juvenil y MPA	2	2,1%	2	4,8%
	Justicia Juvenil y prisión	11	11,6%	2	4,8%
	MPA y prisión	11	11,6%	11	26,2%
	Justicia Juvenil, MPA y prisión	1	1,1%	0	0,0%
Número de reincidencias	1 reincidencia	33	34,7%	11	26,2%
	2 o 3 reincidencias	33	34,7%	16	38,1%
	Más de 3 reincidencias	29	30,5%	15	35,7%
Reincidencia	No	108	53,2%	39	48,1%
	Reincidencia no violenta	54	26,6%	14	17,3%
	Reincidencia violenta	41	20,2%	28	*34,6%

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

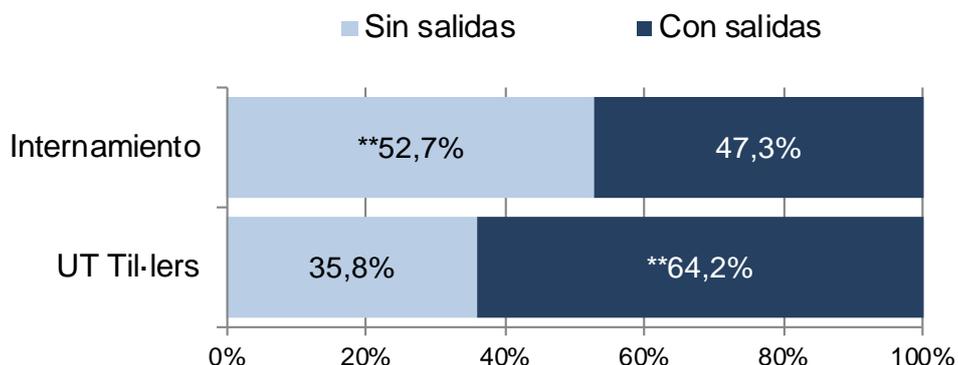
* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

3.5. Variables relativas a la reinserción comunitaria –salidas– de la población de la UT

La Unidad Terapéutica del CE Els Til·lers, lleva a cabo un modelo de intervención biopsicosocial especializado en salud mental y adicciones, que potencia la rehabilitación y reinserción comunitaria, que se trabaja a través de salidas y permisos en la propia comunidad y entorno del joven. Una de las hipótesis del presente estudio está relacionada con la vinculación comunitaria durante el internamiento, con el interés de evaluar si correlaciona con una menor reincidencia.

Los jóvenes atendidos en la UT han realizado en el 64,2% algún tipo de salida durante el internamiento judicial *versus* el 47,2% de los menores de la población general de otros centros educativos de Justicia Juvenil, lo que supone una diferencia significativa.

Gráfico 9. Comparativa de los jóvenes de la población general de JJ con salidas versus los jóvenes atendidos en la UT



** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

En cuanto al tipo de salida, los jóvenes atendidos en la UT realizan más salidas de fin de semana y salidas programadas que los del resto de centros de JJ.

Tabla 41: Tipo de salidas realizadas por los jóvenes de la población de CE versus la muestra de la UT

Tipo de salida		Grupo de estudio				Total	
		Internamiento CE		UT Til-lers		N	%
		N	%	N	%		
Permiso ordinario	No	148	72,9%	52	64,2%	200	70,4%
	Sí	55	27,1%	29	35,8%	84	29,6%
Salida fin de semana	No	136	*67,0%	43	53,1%	179	63,0%
	Sí	67	33,0%	38	*46,9%	105	37,0%
Salida programada	No	161	**79,3%	42	51,9%	203	71,5%
	Sí	42	20,7%	39	**48,1%	81	28,5%
Salidas (suma)	No	107	**52,7%	29	35,8%	136	47,9%
	Sí	96	47,3%	52	**64,2%	148	52,1%

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

La realización de salidas de los jóvenes de CE es congruente con la valoración del riesgo. Si la valoración es alta en el riesgo de delitos violentos o en el riesgo en la realización de salidas y permisos, el número de salidas es bajo. Si es baja, se realizan más salidas a la comunidad.

En la población atendida en la UT, la valoración de riesgo alto no afecta a la realización de salidas. Los jóvenes con un resumen de riesgo moderado de

violencia en el centro, realizan en mayor proporción salidas a la comunidad que los jóvenes con igual evaluación del riesgo internos en CE.

Tabla 42. Comparativa del resumen de riesgo y salidas de los jóvenes de la población general de CE de JJ versus la muestra de la UT Til-lers

		Internamiento CE						UT Til-lers					
		Salidas (suma)						Salidas (suma)					
		No		Sí		Total		No		Sí		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Resumen riesgo global	Bajo	5	6,7	9	14,3	14	10,1	1	3,6	1	2,0	2	2,6
	Moderado	42	56,0	36	57,1	78	56,5	10	35,7	23	46,9	33	42,9
	Alto	28	37,3	18	28,6	46	33,3	17	60,7	25	51,0	42	54,5
Resumen riesgo delitos violentos	Bajo	10	16,4	17	*33,3	27	24,1	4	20,0	2	7,4	6	12,8
	Moderado	32	52,5	27	52,9	59	52,7	4	20,0	14	51,9	18	38,3
	Alto	19	*31,1	7	13,7	26	23,2	12	60,0	11	40,7	23	48,9
Resumen riesgo violencia en el centro	Bajo	36	62,1	31	66,0	67	63,8	8	44,4	6	28,6	14	35,9
	Moderado	18	31,0	15	31,9	33	31,4	2	11,1	10	*47,6	12	30,8
	Alto	4	6,9	1	2,1	5	4,8	8	44,4	5	23,8	13	33,3
Resumen riesgo salidas y permisos	Bajo	18	29,5	31	**63,3	49	44,5	4	23,5	4	16,7	8	19,5
	Moderado	21	34,4	16	32,7	37	33,6	7	41,2	6	25,0	13	31,7
	Alto	22	**36,1	2	4,1	24	21,8	6	35,3	14	58,3	20	48,8

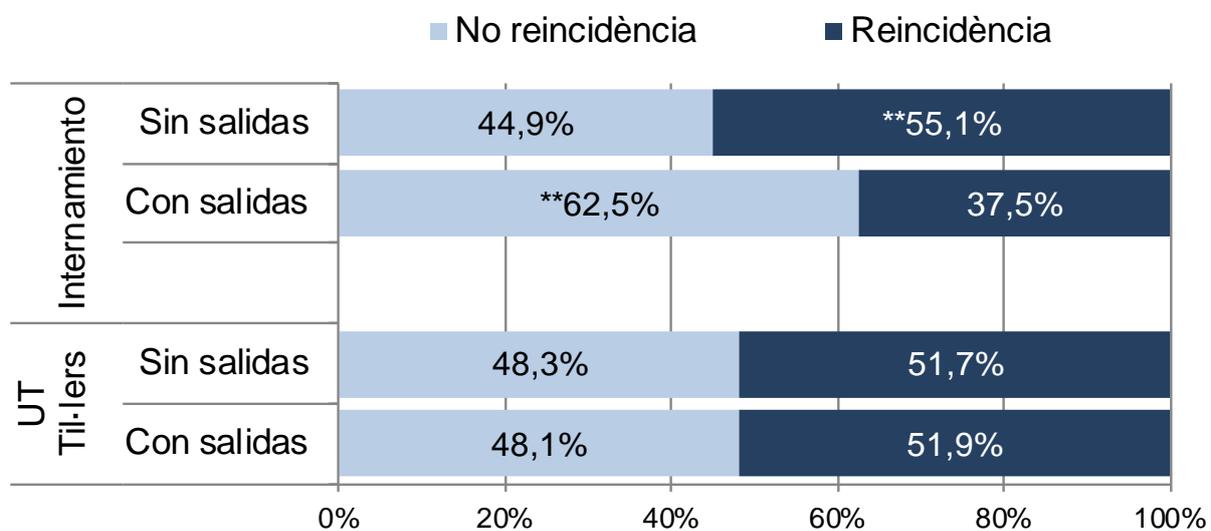
** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

La valoración del riesgo no es un parámetro que determine la realización de salidas de la población atendida en la UT, dado que se imponen criterios clínicos y terapéuticos de gestión del riesgo, sin repercutir en la reincidencia. Es importante destacar que las incidencias relacionadas con no retornos o evasiones es muy baja (4,9%).

Aunque los jóvenes atendidos en la UT realizan una mayor vinculación comunitaria, no existen diferencias significativas entre estos grupos y los jóvenes de otros centros de JJ en cuanto a la reincidencia, por lo tanto, las salidas a la comunidad no correlacionan con mayor reincidencia.

Gráfico 10. Reincidencia y realización de salidas de los jóvenes en internamiento en la UT versus el resto de CE



** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

4. Análisis y discusión de los resultados

La investigación realizada ha alcanzado los objetivos planteados. Aporta información de gran interés en cuanto a la relación entre patología mental, delito y reincidencia de los jóvenes con problemática de salud mental y adicciones. Aporta también conocimiento sobre el perfil de esta población, tanto sobre la situación clínica, sociodemográfica y familiar, como hacia los factores de riesgo y de protección, individuales y contextuales, que correlacionan con la reincidencia. La comparativa con la población general del resto de centros educativos de Justicia Juvenil ha permitido objetivar diferencias significativas en los adolescentes atendidos en la UT. Algunas de las hipótesis se han confirmado en este sentido y respaldan y confirman la necesidad de recursos especializados, centros terapéuticos educativos, para esta población. También podemos afirmar que sufrir un trastorno mental no es un factor de riesgo que aumente la reincidencia.

Los adolescentes atendidos en la UT son mayoritariamente chicos, españoles, con una media de edad de 16 años, nivel socioeconómico medio, estudios de secundaria y que viven en núcleo familiar monoparental materno. En conjunto, son jóvenes que presentan mayores dificultades en las habilidades de razonamiento y para resolver problemas, para pensar de forma abstracta y para planificar. Sin embargo, tienen de forma leve/moderada una afectación en la actividad social, laboral o escolar. Son adolescentes más vulnerables al estrés y que consideran habitualmente numerosas situaciones como peligrosas o amenazantes, por lo que presentan mayor probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad. Uno de cada cuatro jóvenes tiene una depresión moderada o grave, alta impulsividad, sentimientos de ira y una tendencia a interpretaciones de hostilidad de y hacia los otros, que interfiere en un funcionamiento psicosocial óptimo. Destacan los rasgos de personalidad histriónico, egocéntrico y rebelde. El 75,3% tienen antecedentes penales previos al ingreso en un centro educativo de Justicia Juvenil, la categoría del último hecho imputado es un delito contra las personas, violento, y con otros jóvenes implicados en los hechos.

Respecto a las variables familiares clínicas y sociales, encontramos una elevada prevalencia de antecedentes psiquiátricos en los familiares de primer grado. El 11,1% de las madres y el 7,4% de los padres presentan un TMS. Estos porcentajes son muy superiores a los encontrados en la población general, que sitúan la prevalencia de TMS en torno al 3,06% –3,11% en hombres y 3,01% en mujeres– (Perälä y otros, 2007). La problemática asociada a toxicomanía está presente en el 22,8% de los padres y en el 6,2% de las madres. Los resultados son considerablemente superiores en los hombres de esta población. Una revisión realizada en el 2004 (Somers y otros, 2004) indica prevalencias máximas de consumo de tóxicos en patrón de dependencia del 9,2% en hombres y del 5,9% en mujeres en población general. Encontramos un elevado número de progenitores separados o divorciados, el 59,3% de los casos. El Instituto Nacional de Estadística, en el informe del 2014,³⁰ indica que durante aquel año se tramitaron un 23% de sentencias de nulidad, separación y divorcio en España. Se ha encontrado correlación entre las familias reconstruidas y el tipo de delito que en estos casos es *contra las personas*. Es preciso destacar que en el 14,8% de los casos se ha producido defunción de uno o ambos progenitores. En conjunto, por lo tanto, hay factores de riesgo asociados a las características parentales tanto hacia la patología mental, asociada o no al consumo de sustancias, como hacia acontecimientos vitales estresantes como pueden ser las rupturas matrimoniales o pérdidas parentales que acaban inevitablemente afectando a los niños.

Los jóvenes atendidos en la UT referían haber sufrido negligencia en el 33,3% de los casos, maltrato físico en el 18,5% y abuso sexual en el 5%. El 52% han estado expuestos a violencia en el hogar. La OMS destaca que uno de cada cuatro adultos informan haber sufrido maltratos físicos durante la infancia. En nuestro caso el porcentaje global de maltrato es muy elevado y las repercusiones y consecuencias son a menudo alteraciones en la salud mental y física que perduran toda la vida, por lo que son de especial importancia los programas preventivos y de detección. Es imprescindible mencionar esta situación dado que el maltrato infantil es una variable destacada y con fuerte evidencia científica como factor de riesgo en cuanto al desarrollo de conducta

³⁰ <http://www.ine.es/>

violenta (Widom y Maxfield, 2001). La evaluación realizada confirma que el maltrato y los antecedentes psiquiátricos familiares no correlacionan con la reincidencia en el ámbito global, pero sí con la conducta transgresora.

En relación a la problemática clínica y a los diagnósticos, el 53% de estos jóvenes consumen tóxicos en patrón de dependencia, con predominio el cánnabis (43,2%). El 65,4% presentan consumo de sustancias en patrón de abuso, también con predominio del cánnabis como primer tóxico, seguido de la cocaína y el alcohol. Los resultados ponen de manifiesto una prevalencia muy elevada de esta problemática en la población atendida en el sistema judicial de menores de Cataluña, con afectación y deterioro personal, social y familiar tanto de los jóvenes como de sus familias. Los datos obtenidos son congruentes con la información sobre el consumo de tóxicos que proporciona sobre España el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, y que destaca que existe un consumo de tóxicos de los más elevados de Europa. Predomina el trastorno de la personalidad (35,8%), sobre todo del Clúster B, el TDAH (24,7%), seguido de los trastornos del espectro psicótico (esquizofrenia, trastorno delirante y trastorno psicótico no especificado) en el 23,5% de la muestra. Los datos obtenidos indican que en esta población se duplica la prevalencia del trastorno mental severo, que en la población general atendida en el CSMIJ de Cataluña se encuentra en el 10,9%. Los adolescentes atendidos en el sistema judicial de menores presentan índices de trastornos mentales superiores a las tasas encontradas en población general. Además de todo lo expuesto, es preciso destacar que uno de cada tres jóvenes atendidos en la UT, además de sufrir un problema de salud mental o adicciones, presenta una discapacidad intelectual leve. El 2,5% de la población que hemos atendido presenta esta problemática sin ningún otro diagnóstico de salud mental, son jóvenes que no pueden adaptarse a la intervención educativa por los déficits adaptativos que presentan y que requieren recursos que se adapten a sus discapacidades.

Respecto a la reincidencia, la mitad de los jóvenes atendidos en la UT cometen un nuevo acto constitutivo de un delito (51,9%). Las valoraciones hechas por los profesionales –mediante el SAVRY– muestran que el riesgo global de reincidencia y de que se produzca en delitos violentos es alto. No existen

diferencias en el porcentaje de reincidencia *versus* el resto de la población general de internamiento de CE de JJ, pero esta es significativamente más violenta en los jóvenes de la UT. En el ámbito global, el joven reincidente es impulsivo, se relaciona frecuentemente con grupos de iguales con conductas antinormativas y le falta interés por la escuela o el trabajo. El apoyo emocional de la familia o de otros adultos es bajo. Tiene antecedentes penales previos al internamiento y la categoría del hecho principal por el que está ejecutando un medida privativa de libertad es un delito contra la propiedad violento. Por ello, la red de apoyo social y familiar se convierte en un factor de protección importante hacia la conducta transgresora.

Hemos encontrado diferencias en cuanto a la tipología de trastornos –perfiles clínicos–, delito, reincidencia y factores de riesgo y de protección.

Los adolescentes que sufren un **trastorno mental severo** tienen mayor número de antecedentes psiquiátricos familiares, entre los que destaca el TMS y alcoholismo paterno de forma significativa, que son factores de riesgo hacia el desarrollo de respuestas transgresoras que se identifican y que requerirán de intervenciones precoces. Son jóvenes que han sufrido la ausencia de fuertes vínculos con adultos prosociales (65,2%). Presentan el porcentaje más elevado de reincidencia (60%), el delito es no violento, y en mayor proporción la cometen durante los primeros seis meses posteriores a la finalización del internamiento judicial. En conclusión, uno de cada dos de estos jóvenes reincide y uno de cada cuatro ingresará en un centro penitenciario.

Los jóvenes con **trastornos relacionados con el consumo de tóxicos** consumen fundamentalmente cánnabis y cocaína en patrón de dependencia. Han sufrido negligencia y maltrato físico paterno. Los progenitores presentan escasas habilidades educativas. Viven más frecuentemente en entornos marginales. No participan en actividades prosociales, son los que tienen mayor número de antecedentes delictivos no violentos. Cometen los delitos con otros jóvenes y su grupo de iguales principal es delincuencia y antisocial. Tienen una reincidencia del 53,2%, en un hecho constitutivo de un delito y violento. Así, la gravedad de los nuevos delitos es más elevada en estos jóvenes y correlaciona con el consumo de tóxicos, tal como destacan también estudios recientes (Sayed y otros, 2015).

Los jóvenes con **patología dual** presentan una reincidencia del 48,5%, y esta es la más violenta. Mayoritariamente cometen un delito durante los primeros seis meses posteriores a la finalización del internamiento. Son el grupo con mayor proporción de antecedentes penales y más faltas. El delito es *no violento* en el hecho principal, y hay más jóvenes implicados. Presentan más frecuentemente un inicio precoz de actividades violentas y fracaso en el cumplimiento de las sentencias previas y condiciones de tratamiento. Se relacionan con un grupo de iguales delincuencial y antisocial, y viven en un entorno marginal. Predomina el consumo de cánnabis en patrón de dependencia y el de alcohol y cocaína en patrón de abuso. Son por lo tanto un grupo especialmente vulnerable.

Los jóvenes con un **trastorno mental no severo** presentan un perfil caracterizado por un estrés muy elevado y dificultades evidentes para afrontar las adversidades. El nivel socioeconómico en este grupo es alto. Tienen más medidas de protección a las víctimas. Concretamente, los jóvenes con trastorno de conducta reinciden en el 41,7% de los casos y únicamente durante los primeros seis meses después de finalizar el internamiento judicial, en delitos no violentos, y el ámbito de ejecución de la primera reincidencia es en JJ. La mitad no tienen antecedentes penales y en mayor proporción no tienen historia de participación en delitos no violentos pero presentan un inicio precoz en conductas violentas. Destacamos mayor número de medidas de protección a la víctima. Son jóvenes que realizan menos salidas que el resto de la población de la UT.

Los adolescentes que padecen un **TDAH** son el grupo con la reincidencia más baja (35%), resultados congruentes con la literatura existente que indica que sufrir un TDAH es un predictor de no reincidencia (Mallett y otros, 2013), atendiendo a las problemáticas de salud mental. Todas las familias desapruaban el comportamiento delictivo y son el grupo con el menor número de divorcios o separaciones entre los progenitores. Son jóvenes que se relacionan con un grupo de iguales con conductas delincuenciales y la patología dual es más frecuente en esta población. En la muestra de la población atendida en la UT son el grupo que disfruta de más permisos extraordinarios.

Destacamos que los adolescentes con **discapacidad intelectual leve** reinciden en el 51,9% de los casos y son el grupo que presenta más de 3 reincidencias. Cometan más delitos que faltas. En este grupo destaca un abuso frecuente de drogas o alcohol. Están tutelados y viven en centros dependientes de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia.

En relación con los factores de riesgo personales y de protección más destacados en los jóvenes de la UT, según la valoración del SAVRY, cabe decir que:

- Los factores de riesgo personal con mayor prevalencia son: problemas de rendimiento escolar (72,7%), estrés e incapacidad para afrontar los problemas (62,3%), impulsividad (58,4%), dificultades para el manejo del enfado (57,1%) y la participación en actos violentos previos (51,9%).
- Respecto a los factores históricos destacan los antecedentes de maltrato físico y psicológico (55,9%) y la exposición a violencia en el hogar (52%).
- En relación con los factores de protección, estos jóvenes participan en actividades o con grupos de iguales sin conductas antinormativas (62,3%) y tienen algún vínculo fuerte con un adulto prosocial (54,5%).

Los jóvenes que sufren problemas de salud mental y adicciones atendidos en la UT presentan diferencias en relación a la población general del resto de centros educativos de Justicia Juvenil. Son adolescentes españoles que tienen menos antecedentes judiciales. La categoría del hecho principal es *contra las personas*. Son jóvenes que han sufrido rechazo social, con estrés para afrontar las dificultades, que legitiman la violencia como una forma de resolver los conflictos. Son jóvenes impulsivos, con dificultades para el manejo del enfado, problemas de concentración e hiperactividad, y bajo interés y compromiso escolar. No existe delincuencia en su grupo de iguales principal. Tienen fuerte apoyo social. Han sido educados en una disciplina consistente. Viven en entornos con bajos niveles de delincuencia o pobreza. El resumen de riesgo

global de cometer una nueva actividad delictiva, así como el riesgo de conducta violenta en el centro y en relación a la realización de permisos y salidas es alto.

Por el contrario, la población general del resto de centros educativos de JJ es extranjera, con antecedentes previos y con participación más frecuente en actos delictivos no violentos antes del ingreso en un centro. La categoría del hecho principal es *contra la propiedad violento* y la duración del programa es superior al año. Tienen padres o cuidadores con antecedentes de conductas delictivas. Nos encontramos con adolescentes que en mayor proporción no reciben apoyo emocional por parte de una red de iguales o de los adultos y cuando la hay, el apoyo no es sistemático ni fiable. Residen en mayor proporción en un entorno marginal, con delincuencia, pobreza o violencia. Estos jóvenes abusan frecuentemente del alcohol o las drogas. Están comprometidos con la escuela y las actividades formativas y son perseverantes. Presentan actitudes positivas hacia las intervenciones y la autoridad. Sitúan en un locus de control tanto interno como externo el origen causal de los acontecimientos de su vida cotidiana. El riesgo global de cometer una nueva actividad delictiva es moderado, el riesgo de violencia en el centro y el resumen de riesgo en la realización de permisos y salidas es bajo.

Estas diferencias justifican la importancia de la existencia de recursos específicos para estos jóvenes. Los jóvenes de CE necesitan intervenciones centradas en la reeducación y la resocialización, con un fuerte componente motivacional en el abordaje. Los jóvenes de la UT requieren intervenciones terapéuticas educativas, en las que se incida en los componentes emocionales y relacionados con la enfermedad mental.

Uno de los objetivos de la investigación ha sido evaluar la reinserción comunitaria y su efectividad en la disminución de la reincidencia. En general, los jóvenes atendidos en la UT realizan un programa de reinserción social y familiar potente, en congruencia con el modelo biopsicosocial y comunitario de intervención. A pesar de tener la valoración de riesgo de violencia más alta del sistema judicial de menores, son los adolescentes que realizan más salidas a la comunidad, con un índice de cumplimiento del 95%, y no se da mayor reincidencia.

5. Conclusiones

Los jóvenes atendidos en la UT del CE Els Til·lers presentan una complejidad relacionada con aspectos psicopatológicos pero también por los antecedentes familiares, las situaciones adversas que han sufrido a lo largo de su vida, y por el entorno en el que residen. Son jóvenes muy vulnerables y en muchos casos en riesgo de exclusión social. La intervención terapéutica y judicial es una oportunidad para detectar las áreas de actuación prioritaria que favorecerán la salud mental, minimizando los efectos de la enfermedad mental, y para determinar también las acciones que tienen que realizarse en el ámbito social y familiar para potenciar el tránsito desde la adolescencia a la vida adulta.

Encontramos perfiles clínicos con diferencias hacia la conducta transgresora, la reincidencia, la actividad delictiva y aspectos sociales, familiares y del entorno. El joven con patología dual no presenta la reincidencia más alta, pero sí la más violenta. Las personas que padecen un TMS presentan la reincidencia más elevada (60%) pero esta no es violenta. A pesar de ello, los datos obtenidos en esta investigación indican que, actualmente en Cataluña, sufrir un trastorno mental no es un factor de riesgo para la reincidencia. Estos datos no están en correlación con los datos de la bibliografía existente.

En todos los casos la reincidencia se produce fundamentalmente durante los primeros seis meses de finalización de la medida de internamiento judicial. Es importante plantear acciones de mejora del seguimiento de estos jóvenes durante este periodo para disminuir el riesgo de conductas transgresoras.

En la población atendida en la UT encontramos que, a mayor apoyo familiar y social, menor reincidencia delictiva. No ha sido posible comprobar la relación con el tiempo de internamiento. No obstante, es preciso destacar que el tiempo de internamiento medio de los jóvenes atendidos en la UT *versus* la población general de centros de JJ es de 137 días *versus* 318 días de privación de libertad, y el índice de reincidencia es el mismo en ambos grupos.

La valoración de riesgo de violencia y reincidencia más elevada de todo el sistema judicial de menores de Cataluña corresponde a los jóvenes atendidos en la Unidad Terapéutica del CE Els Til·lers. Existen diferencias en el perfil del joven atendido en la UT y la población general de CE de JJ en todos los

factores de riesgo social contextual y prácticamente en todos los ítems de los factores de riesgo individuales.

La reincidencia de los jóvenes atendidos en la UT no es superior a la encontrada en la población general de CE de JJ, aunque se confirma que la reincidencia es más violenta. La realización de actividades en la comunidad no afecta a la reincidencia.

Un dato interesante es que únicamente el 27,2% de la muestra atendida en la UT del CE Til·lers tenía en sentencia un internamiento terapéutico, lo que evidencia una infravaloración de los jóvenes que presentan alteraciones psíquicas o adicciones a sustancias en el sistema judicial de menores, además de las dificultades en la detección y el diagnóstico en esta población.

6. Propuestas de mejora

Todo este trabajo ha sido realizado por un equipo multidisciplinario y en colaboración con profesionales del Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada del Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña. Aporta datos totalmente innovadores, nunca presentados en nuestro entorno y que ponen de manifiesto el esfuerzo y la calidad asistencial que se proporciona a los jóvenes en el sistema judicial de menores. El Departamento de Salud y el Parc Sanitari Sant Joan de Déu han ofrecido su apoyo en todo momento a fin de consolidar programas terapéuticos educativos para esta población tan vulnerable. No obstante, todo es mejorable y por lo tanto es imprescindible una visión holística, incluso crítica, pero siempre constructiva. En este contexto creemos que existen propuestas de mejora que es importante mencionar a fin de continuar mejorando en esta área terapéutica.

Los jóvenes con problemas de salud mental y adicciones y conductas transgresoras requieren recursos y programas terapéuticos educativos muy especializados, profesionales expertos con elevada formación, así como modelos de intervención que puedan demostrar su efectividad. En este sentido, el presente trabajo pretende impulsar, abrir y promover líneas de investigación y conocimiento dirigidas a mejorar la efectividad de las intervenciones y la atención a estos jóvenes, uno de los colectivos más vulnerables de Cataluña. Se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas específicamente orientados a los jóvenes que presentan una discapacidad intelectual leve, que no pueden adaptarse a las condiciones de vida normalizadas de los centros. También es imprescindible mejorar e intensificar el seguimiento especializado cuando finaliza el internamiento judicial de los jóvenes, como mínimo de los que padecen un TMS o patología dual, sobre todo durante los primeros seis meses de libertad, periodo en el que se muestra el mayor porcentaje de reincidencia. Igualmente, se tiene que profundizar en los factores de riesgo y protección existentes a fin de determinar las acciones para disminuir la conducta transgresora.

Es preciso mejorar la detección y el diagnóstico de los problemas de salud mental y adicciones que presentan los adolescentes que delinquen a fin de ajustar e identificar los casos que requieren una intervención terapéutica intensa. La complejidad de la problemática y el diagnóstico en la adolescencia apunta la necesidad de mejorar la experiencia y la capacitación de los profesionales en esta área.

Los resultados obtenidos inciden de nuevo en la importancia de mejorar las políticas orientadas a la prevención, detección e intervención en el casos de negligencia y maltrato en niños. Es posible prevenir el maltrato infantil antes de que se produzca. Es imprescindible profundizar en la evaluación del maltrato en la infancia, no solo en la exploración del menor, sino también en relación a los estilos educativos y la problemática de salud mental y adicciones de los progenitores, a fin de desarrollar programas orientados a potenciar funciones parentales sanas.

Aunque ya se han iniciado programas, por ejemplo los de intervención precoz para hijos de personas con TMS, son necesarias intervenciones intensivas y con continuidad en los niños con familias que presentan problemas de TMS o adicciones, que engloben también la etapa de la adolescencia, dado que es el momento con mayor riesgo de conductas antinormativas a lo largo de la vida, como muestran todos los estudios relacionados con la conducta antisocial. Las intervenciones tienen que incluir programas de psicoeducación y apoyo para los padres de adolescentes, que aporten conocimiento y técnicas de educación positivas para los hijos.

Es importante promover políticas transdepartamentales de prevención y atención a menores con problemas de salud mental y adicciones y conductas transgresoras.

7. Referencias bibliográficas

Aberastury, A. y Knobel, M. (1971). *La adolescencia normal*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Álvarez J.C.; Guillen F.; Portella E. y Torres N. (2008). *Los problemas de salud infantil. Tendencias en los países desarrollados*. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu. Quaderns Faros, 1.

Armstrong, T. y Costello, E. (2002). *Community studies on adolescents substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity*, J Consul Clin Psychol, 70, 6, p. 1224-39.

Bath, E.; Clark, L.O. y Low, J.Y. (2013). *Treatment issues for youths with substance abuse in juvenile detention*. *Clinical Handbook of Adolescent Addiction*. Edited by Rosner R. Hoboken, NJ: John Wiley&Sons, p. 405-15.

Borum, R.; Lodewijks, H.; Bartel, P. y Forth, A. (2010a). «Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)». En: Otto, R. y Douglas, K. (2010). *Handbook of Violence Risk Assessment*. Ed. Routledge Books Series. Nueva York. p. 63-79.

Bravo, A.; Sierra M.J. y del Valle, J. (2007). *Evaluación de resultados de las medidas de responsabilidad penal juvenil en Asturias*, Asturias: Gobierno del Principado de Asturias.

Capdevila, M.; Ferrer, M. y Luque, E. (2006). *La reincidència en el delictes en la justícia de menors*. Col·lecció Justícia i Societat, núm. 25 (Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada).

Chan, Y.; Denis, M. y Funk, R. (2008). *Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment*. J Subst Abuse Treat, 34, p. 14-24.

Chitsabesan, P.; Kroll, L.; Bailey, S.; Kenning, C.; Snedier, S.; MacDonald, W. y Theodosiou, L. (2006). *Mental health needs of young offenders in custody and in the community*. Br. J Psychiatry, 188, p. 534-40.

Collins, O.; Vermeiren, R.; Vahl, P.; Markus, M.; Broekaert, E. y Doreleijers, T. (2011). *Psychiatric disorder in detained male adolescents as risk factor for serious recidivism*. Can J Psychiatry. Jan; 56(1), p. 44-50.

Coscolla, R.; Martínez, S. y Poll, M. (2016). *Atenció a la Salut Mental Infantil i adolescent a Catalunya*. Fundació Pere Tarrés y Federació de Salut Mental de Catalunya.

http://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2016/06/Informe-Salut-Mental-Infantil-i-Juvenil_FINAL.pdf

Delisi, M.; Angton, A.; Behnken, M.P. y Kusow, A.M. (2015). *Do Adolescent Drug Users Fare the Worst? Onset Type, Juvenile Delinquency, and Criminal Careers*. Int J Offender Ther Comp Criminol, 59(2), p.180-95.

El Sayed, S.; Piquero, A.; Schubert, C.; Mulvey, E.; Pitzer, L. y Piquero, L. (2015). *Assessing the Mental Health/Offending Relationship Across Race/Ethnicity in a Sample of Serious Adolescent Offenders*. Criminal Justice Policy Review; (27), p. 1-37.

Fazel, S.; Doll, H. y Langström, N. (2008). *Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: A systematic review and metaregression analysis of 25 surveys*. Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 47 (9), p. 1010-1019.

Freud, A. (1979). *Normalidad y patología en la niñez*. Barcelona: Editorial Paidós.

Gordon, J.; Diehl, R. y Anderson, L. (2012). *Does ADHD matter? Examining attention deficit and hyperactivity disorder on the likelihood of recidivism among detained youth*. J Offender Rehabil, 51, p. 497-518.

Graña, J. L.; Garrido, V. y González Cierza, L. (2007). *Evaluación de las características delictivas de menores infractores de la comunidad de Madrid y su influencia en la planificación del tratamiento*. Psicopatología Clínica Legal y Forense, 7, p. 7-18.

Graña, J. L.; Garrido, V. y González Cierza, L. (2008). *Reincidencia delictiva en menores infractores de la Comunidad de Madrid: evaluación, características delictivas y modelos de predicción*. Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.

Johnson, E.; Cho, Y.; Frenndrich, M.; Graf, I.; Kelly-Wilson, K. y Pickyp, I. (2004). *Treatment need an utilization among youth entering the juvenile corrections system*. J Subst Abuse Treat. 26, p. 117-28.

Mallett, C.A.; Fukushima, M.; Stoddard-Dare, P. y Quinn, L. (2013). *Factors related to recidivism for youthful offenders*. Criminal Justice Studies, 26(1), p. 84-98.

McReynolds, L.S.; Schwalbe, C. y Wasserman, G.A. (2010). *The contribution of psychiatric disorder to juvenile recidivism*. Crim Just & Behav. 37, p. 204-16.

Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Central de Resultados. Ámbito de Salud Mental y Adicciones, datos del 2013. En línea: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossce_central_resultats/informes/documents/Central_Resultats_SM_dades_2013.pdf

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_Informe_Resumen_ejecutivo.pdf

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012). El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2012.

www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_ES_TDAC12001ESC.pdf

Organización Mundial de la Salud (2015). 10 datos sobre salud mental. Datos y cifras.

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/

Perälä, J.; Suvisaari, J.; Sarni, S.; Kuoppasalmi, K.; Isometsä, E.; Pirkola, S.; Partonen, T.; Tuulio-Henriksson, A.; Hintikka, J.; Kieseppä, T.; Härkänen, T.; Koskinen, S. y Lönnqvist, J. (2007). *Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population*. Arch Gen Psychiatry 64, p. 19-28.

Ribas, M.; Del Prado, N.; Claramunt, J.; Civit, M.; Canalias, O. y Ochoa, S. (2015). *Adolescentes multiproblemáticos: consumo de tóxicos y trastorno mental en jóvenes que delinquen*. Actas Esp Psiquiatr 43(6), p. 197-204. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/98/ESP/17-98-ESP-197-204-612567.pdf>

Shelton, D. (2001). *Emotional disorders in young offenders*. J Nurs Scholarsh, 33(3), p. 259-63.

Defensor del Pueblo de Cataluña (2014). Informe sobre los derechos del niños. 25 años de la convención: principales retos pendientes. Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya.

Sommers, J.; Goldner, E.; Waraich, P. y Hsu, L. (2004). *Prevalence Studies of Substance-Related Disorders: A Systematic Review of the Literature*. Can J Psychiatry 49, p. 373-384.

Torrubia, R. (coord.) (2004). *Els estils educatius familiars com a factors de risc per a la inadaptació social i la conducta delictiva*. Barcelona: CEJFE. Consultable en página web del centro.

Widom, C. y Maxfield, M. (2001). *An Update on the "Cycle of Violence"*. US Department of Justice. National Institut of Justice. Washington DC.

Wood, J.; Foy, D.; Layne, C.; Pynoos, R. y Boyd, J. (2002). *An Examination of the Relationships between Violence Exposure, Posttraumatic Stress Symptomatology and Delinquent Activity*. Journal Of Aggression, Maltreatment Trauma, 6(1), p. 127-147.

Young, D.; Dembo, R. y Henderson, C.A. (2007). *National Survey of substance abuse treatment for juvenile offenders*. J Subst Abuse Treat. 2007;32, p. 255-66.

Zeola, M.P.; Guina, J. y Nahhas, R.W. (2017). *Mental health referrals reduce recidivism in first-time juvenile offenders, but how do we determine who is referred?* Psychiatr Q., 88 (1), p. 167-183.

8. Anexos

8.1. Variables de estudio y descriptivo

A) Datos descriptivos (JOVO)

Breve descripción		Codificación
Variables Personales		
Sexo	Sexo	1= Hombre 2= Mujer
	Edad que tenía el joven en el momento de la comisión del primer hecho de la <i>causa base</i>	1= 14 o 15 años
Edad en el hecho principal	En la presente investigación, se considera <i>causa base</i> aquel expediente por el que el joven ha cumplido y finalizado la medida de internamiento dentro de nuestro periodo de referencia.	2= 16 o 17 años
Nacionalidad	Nacionalidad	1= Español 2= Extranjero
Área geográfica de procedencia	Nacionalidad del joven desglosada por áreas geográficas	1= Europa 2= Magreb 3= América Central y del Sur 4= Otros
Provincia de residencia	Provincia de residencia del joven	1= Barcelona 2= Girona 3= Lleida 4= Tarragona
Variables antecedentes		
Antecedentes	¿El joven tiene causas anteriores a la <i>causa base</i> ?	0= Sin antecedentes 1= Con antecedentes
Número de antecedentes	Agrupación del número de antecedentes penales del joven	1= 1 o 2 antecedentes 2= De 3 a 5 antecedentes 3= Más de 5 antecedentes
Ámbito de los antecedentes	Ámbito de ejecución penal de los antecedentes del joven	1= Justicia Juvenil 2= Sistema penal adultos
Categoría hecho delictivo último antecedente	Tipo de delito cometido en el último antecedente antes de la <i>causa base</i>	1= Contra las personas 2= Contra la propiedad violento 3= Contra la propiedad no violento 4= Otros
Violencia hecho delictivo último antecedente	¿Es violento el hecho delictivo cometido en el último antecedente?	1= Violento (1 y 2 variable anterior) 2= No violento (3 y 4 variable anterior)
Variables penales		
Categoría del hecho principal	Tipo de delito cometido en la <i>causa base</i>	1= Contra las personas 2= Contra la propiedad violento 3= Contra la propiedad no violento 4= Otros

Violencia en el hecho principal	¿Es violento el hecho delictivo más grave cometido en la <i>causa base</i> ?	1= Violento 2= No violento
Tipo de hecho principal	Hecho delictivo cometido en la <i>causa base</i>	1= Delito 2= Falta
Otros jóvenes implicados en los hechos	¿Hay otros jóvenes implicados?	0= No 1= Sí
Medida protección víctima	¿Hay medida activada para proteger a la víctima?	0= No 1= Sí

Variable	Breve descripción	Codificación
Variables del programa		
Territorio responsable programa/medida	Provincia que ejecuta el programa / medida	1= Barcelona 2= Girona 3= Lleida 4= Tarragona
Programa/medida	Programa principal impuesto en la <i>causa base</i>	19= Internamiento cautelar en un centro 20= Internamiento en centro 21= Internamiento centro terapéutico
Internamiento cautelar durante ingreso	¿Ha entrado antes de ser condenado por cumplir una medida cautelar?	0=No 1= Sí
Variables de incidencias		
Hospitalización	¿El joven ha sido hospitalizado durante el cumplimiento del programa / medida?	0=No 1= Sí
Evasión o no retorno	¿El joven se ha evadido o no ha regresado al centro después de un permiso durante el cumplimiento del programa / medida?	0=No 1= Sí
Permiso ordinario	¿El joven ha tenido permisos ordinarios durante el cumplimiento del programa?	0=No 1= Sí
Permiso extraordinario	¿El joven ha tenido permisos extraordinarios durante el cumplimiento del programa?	0=No 1= Sí
Salida fin de semana	¿El joven ha salido de fin de semana durante el cumplimiento del programa?	0=No 1= Sí
Salida programada	¿El joven ha salido acompañado de profesionales del centro a hacer una actividad programada en el exterior durante el programa?	0=No 1= Sí

Suspensión temporal del programa	¿El programa/medida ha sido suspendido temporalmente durante su cumplimiento?	0=No 1= Sí
----------------------------------	---	---------------

Utilización de medios de contención	¿Se han utilizado medios de contención en el transcurso de su estancia en el, por motivos de seguridad?	0=No 1= Sí
-------------------------------------	---	---------------

Variables numéricas	Breve descripción	Codificación
Edad en el hecho principal	Edad del joven en el momento del delito de la <i>causa base</i>	Variable numérica
Edad al ingreso	Edad del joven en el momento de ingreso en UT Til-lers	Variable numérica
Edad a la alta/salida	Edad del joven en el momento del alta / salida de la UT Til-lers	Variable numérica
Número antecedentes	Número de antecedentes previos a la <i>causa base</i>	Variable numérica
Número de hechos en la <i>causa base</i>	Número de hechos delictivos que constan en la <i>causa base</i>	Variable numérica
Número de jóvenes implicados	Número de jóvenes implicados en los hechos delictivos de la <i>causa base</i>	Variable numérica
Tiempo ingreso UT Til-lers (en días)	Suma del total de días ingresados en UT Til-lers	Variable numérica
Número de salidas realizadas UT Til-lers	Suma del número de salidas realizadas durante el ingreso en UT Til-lers	Variable numérica

Datos descriptivos SAVRY y riesgos añadidos

Resúmenes riesgo	Breve descripción	Codificación
Resumen riesgo global	Nivel de riesgo global del joven de cometer una nueva actividad delictiva según el resultado del SAVRY valorado por profesionales	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
Resumen riesgo delitos violentos	Nivel de riesgo global del joven de cometer una nueva actividad delictiva violenta según el resultado del SAVRY valorado por profesionales	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
Resumen riesgo violencia en el centro	Nivel de riesgo del joven de cometer actos violentos en el centro educativo según el resultado del SAVRY valorado por profesionales	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
Resumen riesgo salidas y permisos	Nivel de riesgo del joven de cometer actos delictivos durante las salidas o permisos según el resultado del SAVRY valorado por profesionales	1= Alta 2= Moderada 3= Baja

Factores de riesgo	Breve descripción	Codificación
1. Violencia previa	El joven en el pasado ha cometido actos violentos previos	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
2. Historia de actos delictivos no violentos	El joven ha participado en delitos no violentos con anterioridad	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
3. Inicio precoz de la violencia	Se conocen actos previos de violencia (antes de los 14 años)	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
4. Fracaso de intervenciones anteriores	Medida del grado de cumplimiento del joven de las sentencias judiciales y condiciones de tratamiento	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
5. Intentos de autolesión o de suicidio anteriores	El joven tiene antecedentes de autolesión o de intentos de suicidio	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
6. Exposición a violencia en la hogar	El joven ha presenciado actos violentos en el hogar	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
7. Historia de maltrato infantil	El joven ha sufrido maltrato físico o tratamiento negligente durante su infancia	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
8. Delincuencia de los padres o cuidadores	Los padres/cuidadores del/de la joven tienen antecedentes de conductas delictivas en la edad adulta	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
9. Separación precoz de los padres o cuidadores	Hay alteración en la continuidad de los cuidados por parte de los cuidadores durante la infancia	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
10. Bajo rendimiento en la escuela	El joven ha tenido problemas importantes de rendimiento en la escuela	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
11. Delincuencia en el grupo de iguales	El joven tiene un grupo de iguales que también delinquen	1= Alta 2= Moderada 3= Baja

12. Rechazo del grupo de iguales	El joven es rechazado por sus iguales	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
13. Estrés e incapacidad afrontar dificultades	El joven ha experimentado hace poco estrés o pérdida y muestra incapacidad para afrontarlo	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
14. Escasa habilidad de los padres para educar	El joven está siendo educado por los padres en una disciplina inconsistente, supervisión poco adecuada o falta de implicación	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
15. Falta de apoyo de otros adultos	Capacidad de la familia, los cuidadores u otros adultos para dar apoyo emocional	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
16. Entorno marginal	El joven vive en un entorno con bajos, moderados o altos niveles de delincuencia, pobreza y violencia	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
17. Actitudes negativas	Muestra actitudes que respaldan la legitimidad de la delincuencia o la violencia	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
18. Asunción de riesgos/Impulsividad	El joven tiene problemas de asunción de riesgos o de impulsividad	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
19. Problemas de consumo de sustancias	Grado de dificultad que presenta el joven relacionado con el consumo de alcohol o drogas	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
20. Problemas con el manejo del enfado	El joven presenta dificultades para controlar las expresiones de enfado	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
21. Bajo nivel de empatía/remordimientos	El joven no tiene sentimiento de remordimiento por lo que ha hecho y adecuado a la edad madurativa	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
22. Problemas de concentración/hiperactividad	Tiene dificultades de inquietud, hiperactividad o problemas de concentración	1= Alta 2= Moderada 3= Baja

23. Baja colaboración en las intervenciones	Incapacidad para aceptar la intervención de los profesionales o actitudes negativas	1= Alta 2= Moderada 3= Baja
24. Bajo interés/compromiso escolar o laboral	El joven presenta un bajo interés o compromiso hacia la escuela o el trabajo	1= Alta 2= Moderada 3= Baja

Factores de protección	Breve descripción	Codificación
------------------------	-------------------	--------------

P1. Implicación prosocial	El joven participa en actividades prosociales o en grupos de iguales prosociales	1= Ausente 2= Presente
P2. Apoyo social fuerte	El joven tiene apoyo social fuerte al menos de una persona	1= Ausente 2= Presente
P3. fuertes vínculos con un adulto prosocial	El joven ha tenido vínculos duraderos positivos y lazos cercanos con al menos un adulto prosocial	1= Ausente 2= Presente
P4. Actitud positiva hacia intervenciones y autoridad	El joven presenta una actitud positiva hacia los internos de intervención / tratamiento y la autoridad	1= Ausente 2= Presente
P5. fuerte compromiso con la escuela o el trabajo	El joven muestra un alto nivel de interés, implicación y motivación por tener éxito en la escuela o en el trabajo	1= Ausente 2= Presente
P6. Perseverancia como rasgo de personalidad	El joven tiene características de personalidad positivas y resistentes	1= Ausente 2= Presente

Riesgos añadidos	Breve descripción	Codificación
------------------	-------------------	--------------

A1. Actitud familiar ante delito	Actitud que muestra la familia ante el delito	2= Justifica el comportamiento delictivo 3= Actitud indiferente o pasiva 4= Desaprueba el comporta. delictivo 5= Desaprueba y condena
A2. Locus control	Lugar donde el joven percibe el origen del agente causal de los acontecimientos de su vida cotidiana	1= LC externo predominante 2= LC externo 3= LC interno predominante 4= LC interno 5= LC tanto interno como externo
A3. Mantener vínculos entorno	Frecuencia con la que el joven mantiene vínculos con su entorno	1= Nunca 2= Pocas veces 3= La mitad de las veces 4= Casi siempre 5= Siempre

A4. Relaciones pareja disociales	Relaciones sentimentales con una pareja disocial	1= Pareja disocial
		2= Pareja disocial anterior
		3= No tiene pareja
		4= Pareja prosocial anterior
		5= Pareja prosocial

Datos descriptivos (UT Til-lers)

	Breves descripción	Codificación
Nivel socioeconómico	Nivel social y económico del joven clasificado en: <ul style="list-style-type: none"> Bajo = renta mínima inserción Medio = no requieren ayudas económicas Alto = elevados ingresos económicos y patrimonio 	1= Bajo 2= Medio 3= Alto
Nivel educativo	Nivel más elevado de estudios tanto realizados como en curso del joven.	1= Primaria 2= Secundaria 3= Bachillerato
Antecedentes de tratamiento psicológico/psiquiátrico previo	¿El joven ha sido atendido en un centro de salud mental previo al ingreso en CE?	0= No 1= Sí
Dispositivo derivación al alta	Centros de salud mental y adicciones al que se puede derivar a los jóvenes después de la salida/alta de la UT Til-lers	1= FHSPC 2= CSMIJ 3= CSMA 4= CAS 5= COMUNIDAD TERAPÉUTICA 6= UNIDAD AGUDOS 7= UNIDAD DE SUBAGUDOS 8= MILLE
Núcleo de convivencia	Personas con las que convive el joven después de la salida/alta de la UT Til-lers	3= Monoparental materno 4= Monoparental paterno 5= Nuclear (normal) 6= Reconstituido materno 7= Reconstituido paterno 8= Extensa 9= En institución DGAIA 10= Comunidad terapéutica 11= Sin hogar / Albergue 12= FAMILIA ADOPTIVA con ambos progenitores 14=Otros
Antecedentes psiquiátricos maternos	Patología mental referida por la madre del joven sobre sí misma	0= Sin antecedentes 1= Madre TMS 2= Madre toxicómana 4= Madre discapacidad intelectual 6= Alteración psiquiátrica no TMS

Breves descripción		Codificación
Antecedentes psiquiátricos paternos	Patología mental referida por el padre del joven sobre sí mismo	0= Sin antecedentes
		1= Padre TMS
		2= Padre toxicómano
		3= Padre alcohólico
		4= Padre discapacidad intelectual
		6= Alteración psiquiátrica no TMS
Antecedentes familiares de violencia parental	¿El/la progenitor/a ha sido víctima de maltrato en algún momento de su vida?	0= No
		1= Padre con antecedentes de maltrato
		2= Madre con antecedentes de maltrato
		3= Ambos con antecedentes de maltrato
Antecedentes delictivos familiares	¿El/la progenitor/a ha estado interno/a en un centro penitenciario?	0= Sin antecedentes
		1= Padre encarcelamiento
		2= Madre encarcelamiento
Muerte progenitores	¿El/la progenitor/a ha muerto?	0= No
		1= Padre
		2= Madre
Separación padres biológicos	¿Los progenitores están separados o divorciados?	0= No
		1= Sí
Maltrato psicológico	¿El joven ha recibido conductas que atentan contra la integridad psíquica y emocional en algún momento de su vida?	0= Sin antecedentes
		1= Negligencia
Maltrato físico	¿El joven ha recibido conductas que atentan contra la integridad física en algún momento de su vida?	0= Sin antecedentes
		1= Maltrato físico paterno
Abuso sexual	¿Ha sido víctima de abuso sexual en algún momento de su vida?	0= Sin antecedentes
		1= Abuso sexual familiar
		2= Abuso sexual
Autolesiones	¿El joven ha presentado conductas autolesivas para calmarse?	0= No
		1= Sí
Diagno. Eje I (1)PRINCIPAL	Diagnóstico según el Manual DSM-IV-TR Diagnósticos clínicos excluida discapacidad intelectual, trastornos de la personalidad y patología relacionada con el consumo de sustancias	0=Sin diagnóstico
		1= Esquizofrenia paranoide
		4= T. depresivo mayor
		5= T. bipolar
		6= T. delirante mixta
		7= T. psicótico no especificado
		8= T. ansiedad. Fobia social
		9= T. distímico
		10= T. alcohol
		13= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Breves descripción		Codificación
		17= Trastorno orgánico de la personalidad
		20= T. explosivo intermitente
		21= T. mental no especificado
		22= Trastorno del comportamiento perturbador
		23= T. Asperger
DIAGNÓSTICO EJE I AGRUPADOS		0= Sin diagnóstico
		1= Trastornos del espectro psicótico (incluye 1,2,3,6,7, 26)
	Agrupaciones de los trastornos del Eje I según presencia de marcadores comunes que determinan espectros de enfermedad	2= T. afectivos (4,5,9,24)
		3=T. ansiosos (8,11)
		4= TDAH (13)
		5= Trastornos de la conducta (10,12,20,22)
		6= Otros (14,15,16,17, 19,21,25,23)
EJE I (2) TÓXICOS		0= Sin diagnóstico
	Tipo de tóxico consumido en patrón de dependencia: consumo continuado con deterioro clínicamente significativo en los ámbitos fisiológico, psicológico y social	2= T. cánnabis dependencia
		3=T. cocaína dependencia
		5= T. cánnabis y cocaína dependencia
EJE I (3) TÓXICOS		0= Sin diagnóstico
	Tipo de tóxico consumido en patrón de abuso: consumo que genera consecuencias sociales	1= T. consumo alcohol abuso
		2= T. cánnabis abuso
		3= T. cocaína abuso
EJE 2 PRINCIPAL		0= Sin diagnóstico
		1= T. antisocial de la personalidad
		2= T. límite de la personalidad
		3= T. personalidad sin especificar
	Diagnóstico según el Manual DSM-IV-TR de todos los trastornos de la personalidad	4= T. paranoide
		5= T. esquizotípico
		6= T. obsesivo compulsivo
		7= T. histriónico
		8=T. dependencia de la personalidad
		10=T. esquizoide de la personalidad
		11= T. narcisista personalidad
EJE 2 PRINCIPAL AGRUPADO	Agrupaciones en bloques de los trastornos de personalidad:	0= Sin diagnóstico
	<ul style="list-style-type: none"> • Clúster A= rasgos psicóticos. • Clúster B=alternación en las relaciones sociales. • Clúster C=conductas temerosas y dependientes 	1= Clúster A (4, 10, 5)
		2= Clúster B (1, 2, 7, 11)
		3= Clúster C (8, 6)
		4= Otros (3)
EJE 2 SECUNDARIO		0= Sin diagnóstico
	Diagnóstico según el Manual DSM-IV-TR de la discapacidad intelectual	1= Retraso mental leve
		2= Retraso mental inespecífico

	Breves descripción	Codificación
Diagnóstico Eje 3	Enfermedades orgánicas relevantes para la comprensión y abordaje del trastorno mental	0= Sin diagnóstico 2= Epilepsia
DIAGNÓSTICO TOTAL AGRUPADO	Agrupación de los diagnósticos que diferencia entre trastorno mental, trastorno mental severo y trastorno por consumo de tóxicos. Se contempla también la patología dual, es decir, un trastorno mental severo o no con consumo de tóxicos asociado	0= Discapacidad intelectual 1= TM 2= TMS 3= TM+patología dual 4= TMS+patología dual 5= T. relacionados con consumo de sustancias
GAF INGRESO	Evaluación al ingreso en la UT del funcionamiento global (psicosocial, conductual y emocional) del adolescente 100-71 = actividad satisfactoria-síntomas transitorios 70-51 = síntomas leves-moderados 50-21 = síntomas graves-incapacidad para funcionar en casi todas las áreas 20-1 = peligro para sí mismo o para terceros	Variable numérica
GAF ALTA	Evaluación al alta/a la salida de la UT del funcionamiento global (psicosocial, conductual y emocional) del adolescente. 100-71 = actividad satisfactoria-síntomas transitorios 70-51 = síntomas leves-moderados 50-21 = síntomas graves-incapacidad para funcionar en casi todas las áreas 20-1 = peligro para sí mismo o para terceros	Variable numérica
C.I.	Cociente intelectual: <ul style="list-style-type: none"> • 130 o más = Muy superior • 120-129 = Superior • 110-119 = Normal alto • 90-109 = Medio • 80-89 = Normal bajo • 70-79 = Inferior • Menos de 69 = Discapacidad cognitiva – hasta 55 leve 	Variable numérica
STAI A/E INGRESO decatipo	Ansiedad estado: estado emocional transitorio al ingreso en la UT medido en decatipos: escala de 10 puntos donde las puntuaciones 5-6 corresponden al nivel medio <ul style="list-style-type: none"> • 10 = ansiedad estado extrema • 8-9 = grave ansiedad estado • 7 = leve ansiedad estado • 5-6 = nivel medio de ansiedad estado • 4 = baja ansiedad estado • 2-3 = muy baja ansiedad estado • 1 = nula ansiedad estado 	Variable numérica

Breves descripción	Codificación
STAI A/T decatipo INGRESO	<p>Ansiedad rasgo: propensión ansiosa relativamente estable al ingreso en la UT medida en decatipos: escala de 10 puntos donde las puntuaciones 5-6 corresponden al nivel medio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 = ansiedad rasgo extrema • 8-9 = grave ansiedad rasgo • 7 = leve ansiedad rasgo • 5-6 = nivel medio de ansiedad rasgo • 4 = baja ansiedad rasgo • 2-3 =muy baja ansiedad rasgo • 1 =nula ansiedad rasgo
BDI	<p>Presencia o gravedad de depresión al ingreso en la UT</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-13 = mínima depresión • 14-19 = depresión leve • 20-28 = depresión moderada • 29-63 = depresión grave
STAXI estado	<p>Presencia o gravedad de estado transitorio de ira al ingreso en la UT</p> <p>1=Bajo 2=Nulo 3=Moderado 4=Alto</p>
STAXI rasgo centil	<p>Presencia o gravedad de estado permanente de ira como rasgo del sujeto medido en centiles</p> <p>Centil: indica el porcentaje en el que el sujeto supera a la población en este rasgo evaluado</p>
STAXI índice expresión ira centil	<p>Índice general de expresión de la ira medido en centiles</p> <p>Centil: indica el porcentaje en el que el sujeto supera a la población en este rasgo evaluado</p>
Barrat impulsividad cognitiva ingreso	<p>Subescala que evalúa, al ingreso en la UT, el nivel de impulsividad cognitiva, que es la incapacidad de mantener la atención o concentración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación máxima=32 • Punto de corte =16
Barrat impulsividad motora ingreso	<p>Subescala que evalúa, al ingreso en la UT, el nivel de impulsividad motora, que es actuar sin pensar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación máxima=40 • Punto de corte= 20
Barrat impulsividad no planeada ingreso	<p>Subescala que evalúa, al ingreso en la UT, el nivel de impulsividad no planificada (falta de visión para el futuro)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación máxima=48 • Punto de corte=24
Total Barrat ingreso	<p>Puntuación impulsividad total al ingreso en la UT: predisposición a actuar rápido sin reflexionar</p> <p>Puntuación total=120 Punto de corte=60</p>

MACI PERSONALIDAD	Breve descripción	Codificación
Índice fiabilidad	Índice de validez que evalúa respuesta fiable del paciente	0=válido 1=inválido
Índice transparencia	Índice de validez que evalúa sinceridad de respuesta Tiene que encontrarse entre el siguiente rango de puntuaciones: 201-589, en caso contrario cuestionario inválido	Variable numérica
Índice «deseabilidad»	Índice de validez que evalúa tendencia a mostrarse socialmente adaptado <ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Índice alteración	Índice de validez que evalúa tendencia a aumentar la problemática <ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Prototipo de personalidad introvertido: puntuaciones altas se dan en adolescentes reservados, poco emotivos, apáticos, indiferentes, distantes y poco sociables.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Prototipo de personalidad inhibido: puntuación alta indica tendencia a sentir incomodidad en las relaciones sociales; presenta ansiedad anticipatoria, aislamiento y retraimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Prototipo de personalidad pesimista: puntuaciones elevadas indican perspectiva vital pesimista y con desesperanza hacia el futuro.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Prototipo de personalidad sumiso: puntuaciones elevadas indican predominio de dependencia hacia los otros con baja iniciativa y autonomía.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Prototipo de personalidad histriónico: altas puntuaciones son propias de personas con conductas exhibicionistas y emocionalmente expresivos, con demandas de afecto y atención.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica

Prototipo de personalidad egocéntrico: altas puntuaciones indican tendencia a centrarse exclusivamente en uno mismo con elevada valoración, seguridad y superioridad.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Prototipo de personalidad rebelde: puntuaciones elevadas indican predominio de estilos de relación hostiles con insensibilidad social e independencia.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Prototipo de personalidad rudo: puntuaciones elevadas indican predominio de estilos de relación donde se devalúan los derechos de las otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Prototipo de personalidad conformista: puntuaciones elevadas indican tendencia a la corrección social y a la sumisión con dificultades para expresar los impulsos propios.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Prototipo de personalidad opositorista: altas puntuaciones indican predominio de ambivalencia en las relaciones interpersonales, negativismo y respuestas explosivas.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Prototipo de personalidad auto punitiva: altas puntuaciones indican predominio a aceptar pasivamente el sufrimiento y situarse en una posición inferior a los otros.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Tendencia límite: puntuaciones elevadas indican graves trastornos de personalidad así como inestabilidad afectiva y acciones autodestructivas.	<p>A mayor puntuación mayor problemática</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Preocupación expresada: difusión de la identidad. Mayor puntuación indica más confusión sobre lo que uno es y lo que quiere conseguir, con inseguridad sobre la propia identidad.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Preocupación expresada: desvalorización de sí mismo. A mayor puntuación mayor insatisfacción con la imagen de sí mismos y baja autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica

Preocupación expresada: desagrado con el propio cuerpo. La puntuación alta indica mayor descontento sobre la imagen corporal y el nivel de atractivo físico y social.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Preocupación expresada: incomodidad con el sexo. A mayor puntuación más inquietud por los impulsos y la expresión de la sexualidad.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Preocupación expresada: inseguridad con el grupo de iguales. Alta puntuación indica mayor probabilidad de frialdad e indiferencia ante el bienestar de las otras personas, baja empatía.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Preocupación expresada: insensibilidad social. Elevadas puntuaciones indican tendencia a la indiferencia en cuanto al bienestar de los otros, con baja empatía.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Preocupación expresada: discordancia familiar. Altas puntuaciones se dan cuando se refieren tensiones y conflictos familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Preocupación expresada: abusos en la infancia. Puntuaciones altas se dan cuando se expresa haber estado sometido a abusos verbales, físicos o sexuales por parte de personas cercanas y conocidas.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Síndrome clínico: trastorno de la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Síndrome clínico: inclinación al abuso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Síndrome clínico: predisposición a la delincuencia. Altas puntuaciones indican conductas que violan los derechos de los otros, con ruptura de normas sociales y conductas antisociales.	<ul style="list-style-type: none"> • De 60-74: presencia • De 75-84: prominencia • +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica

Síndrome clínico: propensión a la Impulsividad. Altas puntuaciones indican tendencia a poner en actos los sentimientos a partir de una provocación mínima. Bajo control de los impulsos con respuestas imprevisibles e impetuosas.	De 60-74: presencia De 75-84: prominencia +86: probabilidad muy elevada	Variable numérica
Síndrome clínico: sentimientos de ansiedad. Altas puntuaciones indican sensación de inquietud y nerviosismo con alerta anticipatoria ante los acontecimientos vitales.	<ul style="list-style-type: none"> De 60-74: presencia De 75-84: prominencia +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Síndrome clínico: afecto depresivo	<ul style="list-style-type: none"> De 60-74: presencia De 75-84: prominencia +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica
Síndrome clínico: tendencia suicida	<ul style="list-style-type: none"> De 60-74: presencia De 75-84: prominencia +86: probabilidad muy elevada 	Variable numérica

Reincidencia

	Breve descripción	Codificación
REINCIDENCIA	Constatación de un nuevo delito posterior a la salida de Til-ers	0= No reincidente 1= Reincidente
Tiempo en reincidir (agrupada)	Periodos de tiempo en los que el joven tarda en reincidir	1= Menos de 6 meses 2= De 6 meses a 1 año 3= De 1 a 2 años 4= De 2 a 3 años 5= De 3 a 4 años
Categoría hecho principal primera reincidencia	Categoría del delito más grave cometido en la primera reincidencia	1= Contra las personas 2= Contra la propiedad violento 3= Contra la propiedad no violento 4= Otros
Violencia hecho principal primera reincidencia	Violencia en el hecho principal de la primera reincidencia	1= Violento 2= No violento
Tipo hecho principal primera reincidencia	Tipo de hecho delictivo tipificado por la Fiscalía en la primera reincidencia	1= Delito 2= Falta
Ámbito ejecución primera reincidencia	¿En qué ámbito de ejecución se ha producido la primera reincidencia?	1= Justicia Juvenil 2= MPA 3= SIPC

Programa o medida primera reincidencia	¿Cuál ha sido la medida o el programa impuesto en la primera reincidencia?	2= ATM 3= LV 4= PBC 5= Otros MO 6= Internamiento 7= TBC 8= Otros MPA 9= Prisión 10= LP 11= RPS
	En caso de que haya más de una, se ha contabilizado la más grave	
Ámbitos del total de reincidencias	¿Por qué ámbitos de ejecución ha pasado el joven después de la salida de TIL-lers y hasta el momento de finalizar el seguimiento?	1= Solo JJ 2= Solo MPA 3= Solo prisión 4= JJ y MPA 5= JJ y prisión 6= MPA y prisión
Número total de reincidencias	Agrupación del número total de reincidencias	1= 1 reincidencia 2= 2 o 3 reincidencias 3= más de 3 reincidencias
Reincidencia total violenta	¿Ha cometido algún tipo de hecho delictivo violento en cualquier reincidencia?	0= No 1= Sí

Breve descripción		Codificación
Edad en la primera reincidencia	Edad del joven en el momento del delito que supone la primera reincidencia después de la salida de UT TIL-lers	Variable numérica
Tiempo en reincidir (desde alta/salida UT)	Tiempo que tarda en reincidir el joven después del alta/la salida de la UT TIL-lers	Variable numérica
Número hechos reincidencia	Número de hechos cometidos en la primera reincidencia	Variable numérica
Número reincidencias	Número total de reincidencias cometidas por el joven	Variable numérica

8.2. Tabla de características de los jóvenes con trastorno mental severo

Variables personales y penales		Trastorno mental severo				P
		No		Sí		
		N	%	N	%	
Sexo	Hombre	51	94,4%	25	100,0%	0,230
	Mujer	3	5,6%	0	0,0%	
Edad en el hecho principal	14 o 15 años	13	24,1%	8	32,0%	0,458
	16 o 17 años	41	75,9%	17	68,0%	
Nacionalidad	Español	40	74,1%	15	60,0%	0,206
	Extranjero	14	25,9%	10	40,0%	
Área geográfica de procedencia	Europa	3	21,4%	1	10,0%	0,634
	Magreb	6	42,9%	3	30,0%	
	América Central y del Sur	4	28,6%	4	40,0%	
	Otros	1	7,1%	2	20,0%	
Provincia de residencia	Barcelona	44	89,8%	20	87,0%	0,920
	Girona	2	4,1%	1	4,3%	
	Lleida	0	0,0%	0	0,0%	
	Tarragona	3	6,1%	2	8,7%	
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	16	29,6%	3	12,0%	0,088
	Con antecedentes	38	70,4%	22	88,0%	
Ámbito de los antecedentes	Justicia Juvenil	32	84,2%	20	90,9%	0,462
	Sistema penal adultos	6	15,8%	2	9,1%	
Categoría último antecedente	Contra las personas	17	44,7%	10	45,5%	0,454
	Contra la propiedad violento	8	21,1%	6	27,3%	
	Contra la propiedad no violento	9	23,7%	6	27,3%	
	Otros	4	10,5%	0	0,0%	
Violencia último antecedente	Violento	25	65,8%	16	72,7%	0,578
	No violento	13	34,2%	6	27,3%	
Número de antecedentes	1 o 2 antecedentes	13	34,2%	5	22,7%	0,635
	De 3 a 5 antecedentes	14	36,8%	10	45,5%	
	Más de 5 antecedentes	11	28,9%	7	31,8%	
Categoría del hecho principal	Contra las personas	41	75,9%	12	48,0%	0,100
	Contra la propiedad violento	8	14,8%	7	28,0%	
	Contra la propiedad no violento	4	7,4%	5	20,0%	
	Otros	1	1,9%	1	4,0%	

Violencia en el hecho principal	Violento	49	90,7%	19	76,0%	0,078
	No violento	5	9,3%	6	24,0%	
Tipo de hecho principal	Delito	54	100,0%	22	88,0%	0,009
	Falta	0	0,0%	3	12,0%	
Otros jóvenes implicados en los hechos	No	46	85,2%	17	68,0%	0,077
	Sí	8	14,8%	8	32,0%	
Medida protección víctima	No	47	87,0%	25	100,0%	0,059
	Sí	7	13,0%	0	0,0%	
Año alta/salida UT Til-lers	2009	4	7,4%	2	8,0%	0,036
	2010	10	18,5%	4	16,0%	
	2011	15	27,8%	6	24,0%	
	2012	10	18,5%	12	48,0%	
	2013	15	27,8%	1	4,0%	
Territorio responsable programa/medida	Barcelona	49	90,7%	22	88,0%	0,424
	Girona	1	1,9%	1	4,0%	
	Lleida	0	0,0%	1	4,0%	
	Tarragona	4	7,4%	1	4,0%	
	Terres de l'Ebre	0	0,0%	0	0,0%	

Valors estadísticament superiors als valors esperats amb significança $p \leq 0,01$ i residu tipificat corregit $\geq 1,8$

Valors estadísticament superiors als valors esperats amb significança $p \leq 0,05$ i residu tipificat corregit $\geq 1,8$

8.3 Tabla de características de los jóvenes con trastorno mental no severo

Variables personales y penales		Trastorno mental no severo				p
		No		Sí		
		N	%	N	%	
Sexo	Hombre	35	100,0%	41	93,2%	0,115
	Mujer	0	0,0%	3	6,8%	
Edad en el hecho principal	14 o 15 años	10	28,6%	11	25,0%	0,721
	16 o 17 años	25	71,4%	33	75,0%	
Nacionalidad	Español	20	57,1%	35	79,5%	0,031
	Extranjero	15	42,9%	9	20,5%	
Área geográfica de procedencia	Europa	2	13,3%	2	22,2%	0,446
	Magreb	6	40,0%	3	33,3%	
	América Central y del Sur	4	26,7%	4	44,4%	
	Otros	3	20,0%	0	0,0%	

Provincia de residencia	Barcelona	29	87,9%	35	89,7%	0,741
	Girona	1	3,0%	2	5,1%	
	Lleida	0	0,0%	0	0,0%	
	Tarragona	3	9,1%	2	5,1%	
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	5	14,3%	14	31,8%	0,070
	Con antecedentes	30	85,7%	30	68,2%	
Ámbito de los antecedentes	Justicia Juvenil	27	90,0%	25	83,3%	0,448
	Sistema penal adultos	3	10,0%	5	16,7%	
Categoría último antecedente	Contra las personas	16	53,3%	11	36,7%	0,172
	Contra la propiedad violento	7	23,3%	7	23,3%	
	Contra la propiedad no violento	7	23,3%	8	26,7%	
	Otros	0	0,0%	4	13,3%	
Violencia último antecedente	Violento	23	76,7%	18	60,0%	0,165
	No violento	7	23,3%	12	40,0%	
Número de antecedentes	1 o 2 antecedentes	6	20,0%	12	40,0%	0,236
	De 3 a 5 antecedentes	14	46,7%	10	33,3%	
	Más de 5 antecedentes	10	33,3%	8	26,7%	
Categoría del hecho principal	Contra las personas	20	57,1%	33	75,0%	0,405
	Contra la propiedad violento	9	25,7%	6	13,6%	
	Contra la propiedad no violento	5	14,3%	4	9,1%	
	Otros	1	2,9%	1	2,3%	
Violencia en el hecho principal	Violento	29	82,9%	39	88,6%	0,461
	No violento	6	17,1%	5	11,4%	
Tipo de hecho principal	Delito	32	91,4%	44	100,0%	0,048
	Falta	3	8,6%	0	0,0%	
Otros jóvenes implicados en los hechos	No	25	71,4%	38	86,4%	0,101
	Sí	10	28,6%	6	13,6%	
Medida protección víctima	No	35	100,0%	37	84,1%	0,013
	Sí	0	0,0%	7	15,9%	
Año alta/salida UT Til-lers	2009	3	8,6%	3	6,8%	0,167
	2010	7	20,0%	7	15,9%	
	2011	9	25,7%	12	27,3%	
	2012	13	37,1%	9	20,5%	
	2013	3	8,6%	13	29,5%	
Territorio responsable programa/medida	Barcelona	31	88,6%	40	90,9%	0,721
	Girona	1	2,9%	1	2,3%	
	Lleida	1	2,9%	0	0,0%	

Tarragona	2	5,7%	3	6,8%
Terres de l'Ebre	0	0,0%	0	0,0%

Valors estadísticament superiors als valors esperats amb significança $p \leq 0,01$ i residu tipificat corregit $\geq 1,8$

Valors estadísticament superiors als valors esperats amb significança $p \leq 0,05$ i residu tipificat corregit $\geq 1,8$

8.4 Tabla de características de los jóvenes con patología dual

Variables personales y penales		Patología dual				p
		No		Sí		
		N	%	N	%	
Sexo	Hombre	43	93,5%	33	100,0%	0,135
	Mujer	3	6,5%	0	0,0%	
Edad en el hecho principal	14 o 15 años	12	26,1%	9	27,3%	0,906
	16 o 17 años	34	73,9%	24	72,7%	
Nacionalidad	Español	33	71,7%	22	66,7%	0,629
	Extranjero	13	28,3%	11	33,3%	
Área geográfica de procedencia	Europa	3	23,1%	1	9,1%	0,732
	Magreb	4	30,8%	5	45,5%	
	América Central y del Sur	4	30,8%	4	36,4%	
	Otros	2	15,4%	1	9,1%	
Provincia de residencia	Barcelona	38	90,5%	26	86,7%	0,668
	Girona	1	2,4%	2	6,7%	
	Lleida	0	0,0%	0	0,0%	
	Tarragona	3	7,1%	2	6,7%	
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	15	32,6%	4	12,1%	0,036
	Con antecedentes	31	67,4%	29	87,9%	
Ámbito de los antecedentes	Justicia Juvenil	28	90,3%	24	82,8%	0,389
	Sistema penal adultos	3	9,7%	5	17,2%	
Categoría último antecedente	Contra las personas	17	54,8%	10	34,5%	0,036
	Contra la propiedad violento	5	16,1%	9	31,0%	
	Contra la propiedad no violento	5	16,1%	10	34,5%	
	Otros	4	12,9%	0	0,0%	
Violencia último antecedente	Violento	22	71,0%	19	65,5%	0,650
	No violento	9	29,0%	10	34,5%	
Número de antecedentes	1 o 2 antecedentes	12	38,7%	6	20,7%	0,243
	De 3 a 5 antecedentes	12	38,7%	12	41,4%	
	Más de 5 antecedentes	7	22,6%	11	37,9%	

Categoría del hecho principal	Contra las personas	36	78,3%	17	51,5%	0,052
	Contra la propiedad violento	7	15,2%	8	24,2%	
	Contra la propiedad no violento	2	4,3%	7	21,2%	
	Otros	1	2,2%	1	3,0%	
Violencia en el hecho principal	Violento	43	93,5%	25	75,8%	0,025
	No violento	3	6,5%	8	24,2%	
Tipo de hecho principal	Delito	46	100,0%	30	90,9%	0,037
	Falta	0	0,0%	3	9,1%	
Otros jóvenes implicados en los hechos	No	43	93,5%	20	60,6%	0,000
	Sí	3	6,5%	13	39,4%	
Medida protección víctima	No	42	91,3%	30	90,9%	0,951
	Sí	4	8,7%	3	9,1%	
Año alta/salida UT Til·lers	2009	3	6,5%	3	9,1%	0,305
	2010	7	15,2%	7	21,2%	
	2011	10	21,7%	11	33,3%	
	2012	17	37,0%	5	15,2%	
	2013	9	19,6%	7	21,2%	
Territorio responsable programa/medida	Barcelona	44	95,7%	27	81,8%	0,182
	Girona	1	2,2%	1	3,0%	
	Lleida	0	0,0%	1	3,0%	
	Tarragona	1	2,2%	4	12,1%	
	Terres de l'Ebre	0	0,0%	0	0,0%	

Valors estadísticament superiors als valors esperats amb significança $p \leq 0,01$ i residu tipificat corregit $\geq 1,8$

Valors estadísticament superiors als valors esperats amb significança $p \leq 0,05$ i residu tipificat corregit $\geq 1,8$

8.5 Tabla de características de los jóvenes con consumo de tóxicos

Variables personales y penales		Consumo de tóxicos				p
		No		Sí		
		N	%	N	%	
Sexo	Hombre	33	91,7%	43	100,0%	0,054
	Mujer	3	8,3%	0	0,0%	
Edad en el hecho principal	14 o 15 años	10	27,8%	11	25,6%	0,826
	16 o 17 años	26	72,2%	32	74,4%	
Nacionalidad	Español	28	77,8%	27	62,8%	0,149
	Extranjero	8	22,2%	16	37,2%	

Área geográfica de procedencia	Europa	2	25,0%	2	12,5%	0,321
	Magreb	1	12,5%	8	50,0%	
	América Central y del Sur	4	50,0%	4	25,0%	
	Otros	1	12,5%	2	12,5%	
Provincia de residencia	Barcelona	29	90,6%	35	87,5%	0,901
	Girona	1	3,1%	2	5,0%	
	Lleida	0	0,0%	0	0,0%	
	Tarragona	2	6,3%	3	7,5%	
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	13	36,1%	6	14,0%	0,022
	Con antecedentes	23	63,9%	37	86,0%	
Ámbito de los antecedentes	Justicia Juvenil	21	91,3%	31	83,8%	0,405
	Sistema penal adultos	2	8,7%	6	16,2%	
Categoría último antecedente	Contra las personas	11	47,8%	16	43,2%	0,048
	Contra la propiedad violento	4	17,4%	10	27,0%	
	Contra la propiedad no violento	4	17,4%	11	29,7%	
	Otros	4	17,4%	0	0,0%	
Violencia último antecedente	Violento	15	65,2%	26	70,3%	0,682
	No violento	8	34,8%	11	29,7%	
Número de antecedentes	1 o 2 antecedentes	11	47,8%	7	18,9%	0,045
	De 3 a 5 antecedentes	8	34,8%	16	43,2%	
	Más de 5 antecedentes	4	17,4%	14	37,8%	
Categoría del hecho principal	Contra las personas	28	77,8%	25	58,1%	0,259
	Contra la propiedad violento	5	13,9%	10	23,3%	
	Contra la propiedad no violento	2	5,6%	7	16,3%	
	Otros	1	2,8%	1	2,3%	
Violencia en el hecho principal	Violento	33	91,7%	35	81,4%	0,189
	No violento	3	8,3%	8	18,6%	
Tipo de hecho principal	Delito	36	100,0%	40	93,0%	0,106
	Falta	0	0,0%	3	7,0%	
Otros jóvenes implicados en los hechos	No	35	97,2%	28	65,1%	0,000
	Sí	1	2,8%	15	34,9%	
Medida protección víctima	No	32	88,9%	40	93,0%	0,520
	Sí	4	11,1%	3	7,0%	

Año alta/salida UT Til·lers	2009	2	5,6%	4	9,3%	0,044
	2010	4	11,1%	10	23,3%	
	2011	7	19,4%	14	32,6%	
	2012	16	44,4%	6	14,0%	
	2013	7	19,4%	9	20,9%	
Territorio responsable programa/medida	Barcelona	35	97,2%	36	83,7%	0,142
	Girona	1	2,8%	1	2,3%	
	Lleida	0	0,0%	1	2,3%	
	Tarragona	0	0,0%	5	11,6%	
	Terres de l'Ebre	0	0,0%	0	0,0%	

Valors estadísticament superiors als valors esperats amb significança $p \leq 0,01$ i residu tipificat corregit $\geq 1,8$

Valors estadísticament superiors als valors esperats amb significança $p \leq 0,05$ i residu tipificat corregit $\geq 1,8$

8.6 Tabla de características de los jóvenes con trastorno de conducta

		Trastorno de conducta				p
		No		Sí		
		N	%	N	%	
Sexo	Hombre	66	95,7%	12	100,0%	0,462
	Mujer	3	4,3%	0	0,0%	
Edad en el hecho principal	14 o 15 años	20	29,0%	1	8,3%	0,132
	16 o 17 años	49	71,0%	11	91,7%	
Nacionalidad	Español	47	68,1%	10	83,3%	0,287
	Extranjero	22	31,9%	2	16,7%	
Área geográfica de procedencia	Europa	3	13,6%	1	50,0%	0,436
	Magreb	9	40,9%	0	0,0%	
	América Central y del Sur	7	31,8%	1	50,0%	
	Otros	3	13,6%	0	0,0%	
Provincia de residencia	Barcelona	56	87,5%	10	100,0%	0,496
	Girona	3	4,7%	0	0,0%	
	Lleida	0	0,0%	0	0,0%	
	Tarragona	5	7,8%	0	0,0%	
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	14	20,3%	6	50,0%	0,028
	Con antecedentes	55	79,7%	6	50,0%	
Número de antecedentes	1 o 2 antecedentes	15	27,3%	3	50,0%	0,483
	De 3 a 5 antecedentes	22	40,0%	2	33,3%	
	Más de 5 antecedentes	18	32,7%	1	16,7%	

Categoría del hecho principal	Contra las personas	43	62,3%	11	91,7%	0,241
	Contra la propiedad violento	14	20,3%	1	8,3%	
	Contra la propiedad no violento	10	14,5%	0	0,0%	
	Otros	2	2,9%	0	0,0%	
Violencia en el hecho principal	Violento	57	82,6%	12	100,0%	0,118
	No violento	12	17,4%	0	0,0%	
Tipo de hecho principal	Delito	66	95,7%	12	100,0%	0,462
	Falta	3	4,3%	0	0,0%	
Otros jóvenes implicados en los hechos	No	54	78,3%	11	91,7%	0,282
	Sí	15	21,7%	1	8,3%	
Medida protección víctima	No	65	94,2%	8	66,7%	0,003
	Sí	4	5,8%	4	33,3%	
Año alta/salida UT Til·lers	2009	6	8,7%	0	0,0%	0,130
	2010	13	18,8%	1	8,3%	
	2011	20	29,0%	1	8,3%	
	2012	18	26,1%	5	41,7%	
	2013	12	17,4%	5	41,7%	
Territorio responsable programa/medida	Barcelona	62	89,9%	11	91,7%	0,889
	Girona	2	2,9%	0	0,0%	
	Lleida	1	1,4%	0	0,0%	
	Tarragona	4	5,8%	1	8,3%	
	Terres de l'Ebre	0	0,0%	0	0,0%	

Valors estadísticament superiors als valors esperats amb significança $p \leq 0,01$ i residu tipificat corregit $\geq 1,8$

Valors estadísticament superiors als valors esperats amb significança $p \leq 0,05$ i residu tipificat corregit $\geq 1,8$

8.7 Tabla de características de los jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

		Trastorno por déficit de atención con hiperactividad				p
		No		Sí		
		N	%	N	%	
Sexo	Hombre	60	98,4%	18	90,0%	0,086
	Mujer	1	1,6%	2	10,0%	
Edad en el hecho principal	14 o 15 años	16	26,2%	5	25,0%	0,913
	16 o 17 años	45	73,8%	15	75,0%	
Nacionalidad	Español	42	68,9%	15	75,0%	0,601
	Extranjero	19	31,1%	5	25,0%	

Área geográfica de procedencia	Europa	3	15,8%	1	20,0%	0,568
	Magreb	6	31,6%	3	60,0%	
	América Central y del Sur	7	36,8%	1	20,0%	
	Otros	3	15,8%	0	0,0%	
Provincia de residencia	Barcelona	51	91,1%	15	83,3%	0,216
	Girona	1	1,8%	2	11,1%	
	Lleida	0	0,0%	0	0,0%	
	Tarragona	4	7,1%	1	5,6%	
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	15	24,6%	5	25,0%	0,971
	Con antecedentes	46	75,4%	15	75,0%	
Número de antecedentes	1 o 2 antecedentes	12	26,1%	6	40,0%	0,209
	De 3 a 5 antecedentes	21	45,7%	3	20,0%	
	Más de 5 antecedentes	13	28,3%	6	40,0%	
Categoría del hecho principal	Contra las personas	39	63,9%	15	75,0%	0,746
	Contra la propiedad violento	12	19,7%	3	15,0%	
	Contra la propiedad no violento	8	13,1%	2	10,0%	
	Otros	2	3,3%	0	0,0%	
Violencia en el hecho principal	Violento	51	83,6%	18	90,0%	0,485
	No violento	10	16,4%	2	10,0%	
Tipo de hecho principal	Delito	58	95,1%	20	100,0%	0,312
	Falta	3	4,9%	0	0,0%	
Otros jóvenes implicados en los hechos	No	48	78,7%	17	85,0%	0,538
	Sí	13	21,3%	3	15,0%	
Medida protección víctima	No	54	88,5%	19	95,0%	0,400
	Sí	7	11,5%	1	5,0%	
Año alta/salida UT Til·lers	2009	5	8,2%	1	5,0%	0,221
	2010	10	16,4%	4	20,0%	
	2011	13	21,3%	8	40,0%	
	2012	21	34,4%	2	10,0%	
	2013	12	19,7%	5	25,0%	
Territorio responsable programa/medida	Barcelona	56	91,8%	17	85,0%	0,632
	Girona	1	1,6%	1	5,0%	
	Lleida	1	1,6%	0	0,0%	
	Tarragona	3	4,9%	2	10,0%	
	Terres de l'Ebre	0	0,0%	0	0,0%	

8.8 Tabla de características de los jóvenes con discapacidad intelectual leve

		Discapacidad intelectual leve				P
		No		Sí		
		N	%	N	%	
Sexo	Hombre	52	96,3%	26	96,3%	1,000
	Mujer	2	3,7%	1	3,7%	
Edad en el hecho principal	14 o 15 años	17	31,5%	4	14,8%	0,107
	16 o 17 años	37	68,5%	23	85,2%	
Nacionalidad	Español	38	70,4%	19	70,4%	1,000
	Extranjero	16	29,6%	8	29,6%	
Área geográfica de procedencia	Europa	3	18,8%	1	12,5%	0,453
	Magreb	6	37,5%	3	37,5%	
	América Central y del Sur	4	25,0%	4	50,0%	
	Otros	3	18,8%	0	0,0%	
Provincia de residencia	Barcelona	45	91,8%	21	84,0%	0,438
	Girona	1	2,0%	2	8,0%	
	Lleida	0	0,0%	0	0,0%	
	Tarragona	3	6,1%	2	8,0%	
Antecedentes (incluido sistema adultos)	Sin antecedentes	14	25,9%	6	22,2%	0,716
	Con antecedentes	40	74,1%	21	77,8%	
Número de antecedentes	1 o 2 antecedentes	14	35,0%	4	19,0%	0,267
	De 3 a 5 antecedentes	13	32,5%	11	52,4%	
	Más de 5 antecedentes	13	32,5%	6	28,6%	
Categoría del hecho principal	Contra las personas	39	72,2%	15	55,6%	0,494
	Contra la propiedad violento	8	14,8%	7	25,9%	
	Contra la propiedad no violento	6	11,1%	4	14,8%	
	Otros	1	1,9%	1	3,7%	
Violencia en el hecho principal	Violento	47	87,0%	22	81,5%	0,507
	No violento	7	13,0%	5	18,5%	
Tipo de hecho principal	Delito	52	96,3%	26	96,3%	1,000
	Falta	2	3,7%	1	3,7%	
Otros jóvenes implicados en los hechos	No	44	81,5%	21	77,8%	0,693
	Sí	10	18,5%	6	22,2%	
Medida protección víctima	No	49	90,7%	24	88,9%	0,792
	Sí	5	9,3%	3	11,1%	

Año alta/salida UT Til·lers	2009	3	5,6%	3	11,1%	0,515
	2010	8	14,8%	6	22,2%	
	2011	16	29,6%	5	18,5%	
	2012	14	25,9%	9	33,3%	
	2013	13	24,1%	4	14,8%	
Territorio responsable programa/medida	Barcelona	50	92,6%	23	85,2%	0,194
	Girona	0	0,0%	2	7,4%	
	Lleida	1	1,9%	0	0,0%	
	Tarragona	3	5,6%	2	7,4%	
	Terres de l'Ebre	0	0,0%	0	0,0%	

8.9 Tabla de variables SAVRY del joven no reincidente *versus* el reincidente de la muestra de la UT

SAVRY		REINCIDENCIA			
		No reincidente		Reincidente	
		N	%	N	%
Resúmenes de riesgo					
Resumen riesgo global	Alta	15	35,7	27	*64,3
	Moderada	20	*60,6	13	39,4
	Baja	2	100,0	0	0,0
Resumen riesgo delitos violentos	Alta	8	34,8	15	65,2
	Moderada	7	38,9	11	61,1
	Baja	4	66,7	2	33,3
Resumen riesgo violencia en el centro	Alta	4	30,8	9	69,2
	Moderada	6	50,0	6	50,0
	Baja	4	28,6	10	71,4
Resumen riesgo salidas y permisos	Alta	6	30,0	14	70,0
	Moderada	7	53,8	6	46,2
	Baja	3	37,5	5	62,5
Factores de riesgo					
1. Violencia previa	Alta	16	40,0	24	60,0
	Moderada	15	60,0	10	40,0
	Baja	6	50,0	6	50,0
2. Historia de actos delictivos no violentos	Alta	6	35,3	11	64,7
	Moderada	16	45,7	19	54,3
	Baja	15	60,0	10	40,0
3. Inicio precoz de la violencia	Alta	8	44,4	10	55,6
	Moderada	8	36,4	14	63,6
	Baja	21	56,8	16	43,2

4. Fracaso de intervenciones anteriores	Alta	12	46,2	14	53,8
	Moderada	13	46,4	15	53,6
	Baja	12	52,2	11	47,8
5. Intentos de autolesión o de suicidio anteriores	Alta	5	45,5	6	54,5
	Moderada	8	38,1	13	61,9
	Baja	24	53,3	21	46,7
6. Exposición a violencia en el hogar	Alta	12	52,2	11	47,8
	Moderada	10	58,8	7	41,2
	Baja	15	40,5	22	59,5
7. Historia de maltrato infantil	Alta	13	50,0	13	50,0
	Moderada	6	35,3	11	64,7
	Baja	18	52,9	16	47,1
8. Delincuencia de los padres o cuidadores	Alta	5	41,7	7	58,3
	Moderada	3	33,3	6	66,7
	Baja	29	51,8	27	48,2
9. Separación precoz de los padres o cuidadores	Alta	8	40,0	12	60,0
	Moderada	6	46,2	7	53,8
	Baja	22	51,2	21	48,8
10. Bajo rendimiento en la escuela	Alta	24	42,9	32	57,1
	Moderada	10	55,6	8	44,4
	Baja	3	100,0	0	0,0
11. Delincuencia en el grupo de iguales	Alta	14	41,2	20	58,8
	Moderada	11	42,3	15	57,7
	Baja	12	70,6	5	29,4
12. Rechazo del grupo de iguales	Alta	6	40,0	9	60,0
	Moderada	12	46,2	14	53,8
	Baja	19	52,8	17	47,2
13. Estrés e incapacidad para afrontar dificultades	Alta	22	45,8	26	54,2
	Moderada	12	54,5	10	45,5
	Baja	3	42,9	4	57,1
14. Escasa habilidad de los padres para educar	Alta	17	44,7	21	55,3
	Moderada	13	50,0	13	50,0
	Baja	7	53,8	6	46,2
15. Falta de apoyo de otros adultos	Alta	5	27,8	13	*72,2
	Moderada	11	42,3	15	57,7
	Baja	21	*63,6	12	36,4
16. Entorno marginal	Alta	8	44,4	10	55,6
	Moderada	8	44,4	10	55,6
	Baja	21	51,2	20	48,8
17. Actitudes negativas	Alta	9	40,9	13	59,1
	Moderada	19	46,3	22	53,7
	Baja	9	64,3	5	35,7

18. Asunción de riesgos/Impulsividad	Alta	15	33,3	30	**66,7
	Moderada	16	**66,7	8	33,3
	Baja	6	75,0	2	25,0
19. Problemas de consumo de sustancias	Alta	17	44,7	21	55,3
	Moderada	10	45,5	12	54,5
	Baja	10	58,8	7	41,2
20. Problemas con el manejo del enfado	Alta	20	45,5	24	54,5
	Moderada	12	44,4	15	55,6
	Baja	5	83,3	1	16,7
21. Bajo nivel de empatía/remordimientos	Alta	9	37,5	15	62,5
	Moderada	21	52,5	19	47,5
	Baja	7	53,8	6	46,2
22. Problemas de concentración/hiperactividad	Alta	14	48,3	15	51,7
	Moderada	11	44,0	14	56,0
	Baja	12	52,2	11	47,8
23. Baja colaboración en las intervenciones	Alta	9	50,0	9	50,0
	Moderada	16	45,7	19	54,3
	Baja	12	50,0	12	50,0
24. Bajo interés/compromiso escolar o laboral	Alta	9	27,3	24	**72,7
	Moderada	17	**63,0	10	37,0
	Baja	11	64,7	6	35,3
Factores de riesgo (Moderada/alta)					
1. Violencia previa	Moderada/alta	31	47,7	34	52,3
	Baja	6	50,0	6	50,0
2. Historia de actos delictivos no violentos	Moderada/alta	22	42,3	30	57,7
	Baja	15	60,0	10	40,0
3. Inicio precoz de la violencia	Moderada/alta	16	40,0	24	60,0
	Baja	21	56,8	16	43,2
4. Fracaso de intervenciones anteriores	Moderada/alta	25	46,3	29	53,7
	Baja	12	52,2	11	47,8
5. Intentos de autolesión o de suicidio anteriores	Moderada/alta	13	40,6	19	59,4
	Baja	24	53,3	21	46,7
6. Exposición a violencia en el hogar	Moderada/alta	22	55,0	18	45,0
	Baja	15	40,5	22	59,5
7. Historia de maltrato infantil	Moderada/alta	19	44,2	24	55,8
	Baja	18	52,9	16	47,1
8. Delincuencia de los padres o cuidadores	Moderada/alta	8	38,1	13	61,9
	Baja	29	51,8	27	48,2
9. Separación precoz de los padres o cuidadores	Moderada/alta	14	42,4	19	57,6
	Baja	22	51,2	21	48,8
10. Bajo rendimiento en la escuela	Moderada/alta	34	45,9	40	54,1
	Baja	3	100,0	0	0,0

11. Delincuencia en el grupo de iguales	Moderada/alta	25	41,7	35	*58,3
	Baja	12	*70,6	5	29,4
12. Rechazo del grupo de iguales	Moderada/alta	18	43,9	23	56,1
	Baja	19	52,8	17	47,2
13. Estrés e incapacidad para afrontar dificultades	Moderada/alta	34	48,6	36	51,4
	Baja	3	42,9	4	57,1
14. Escasa habilidad de los padres para educar	Moderada/alta	30	46,9	34	53,1
	Baja	7	53,8	6	46,2
15. Falta de apoyo de otros adultos	Moderada/alta	16	36,4	28	*63,6
	Baja	21	*63,6	12	36,4
16. Entorno marginal	Moderada/alta	16	44,4	20	55,6
	Baja	21	51,2	20	48,8
17. Actitudes negativas	Moderada/alta	28	44,4	35	55,6
	Baja	9	64,3	5	35,7
18. Asunción de riesgos/Impulsividad	Moderada/alta	31	44,9	38	55,1
	Baja	6	75,0	2	25,0
19. Problemas de consumo de sustancias	Moderada/alta	27	45,0	33	55,0
	Baja	10	58,8	7	41,2
20. Problemas con el manejo del enfado	Moderada/alta	32	45,1	39	54,9
	Baja	5	83,3	1	16,7
21. Bajo nivel de empatía/remordimientos	Moderada/alta	30	46,9	34	53,1
	Baja	7	53,8	6	46,2
22. Problemas de concentración/hiperactividad	Moderada/alta	25	46,3	29	53,7
	Baja	12	52,2	11	47,8
23. Baja colaboración en las intervenciones	Moderada/alta	25	47,2	28	52,8
	Baja	12	50,0	12	50,0
24. Bajo interés/compromiso escolar o laboral	Moderada/alta	26	43,3	34	56,7
	Baja	11	64,7	6	35,3
Factores de protección					
P1. Implicación prosocial	Ausente	24	42,9	32	57,1
	Presente	13	61,9	8	38,1
P2. Apoyo social fuerte	Ausente	10	34,5	19	65,5
	Presente	27	56,3	21	43,8
P3. Fuertes vínculos con un adulto prosocial	Ausente	13	37,1	22	62,9
	Presente	24	57,1	18	42,9
P4. Actitud positiva hacia intervenciones y autoridad	Ausente	15	40,5	22	59,5
	Presente	22	55,0	18	45,0
P5. Fuerte compromiso con la escuela o el trabajo	Ausente	25	41,7	35	*58,3
	Presente	12	*70,6	5	29,4
P6. Perseverancia como rasgo de personalidad	Ausente	31	46,3	36	53,7
	Presente	6	60,0	4	40,0

Factores añadidos					
A1. Actitud familiar ante delito	Estimula el comp. delictivo	0	0,0	0	0,0
	Justifica el comp. delictivo	2	66,7	1	33,3
	Actitud indiferente o pasiva	2	22,2	7	77,8
	Desaprueba el comp. delictivo	8	44,4	10	55,6
	Desaprueba y condena	20	51,3	19	48,7
A2. Inteligencia	Sí	9	36,0	16	64,0
	No	0	0,0	0	0,0
A3. Locus control	LC externo predominante	15	60,0	10	40,0
	LC externo	6	33,3	12	66,7
	LC interno predominante	3	50,0	3	50,0
	LC interno	1	33,3	2	66,7
	LC tanto interno como externo	7	43,8	9	56,3
A4. Mantener vínculos entorno	Nunca	13	41,9	18	58,1
	Pocas veces	5	31,3	11	68,8
	La mitad de las veces	3	75,0	1	25,0
	Casi siempre	5	62,5	3	37,5
	Siempre	6	66,7	3	33,3
A5. Relaciones pareja disociales	Pareja disocial	0	0,0	1	100,0
	Pareja disocial anterior	2	100,0	0	0,0
	No tiene pareja	18	40,0	27	60,0
	Pareja prosocial anterior	3	75,0	1	25,0
	Pareja prosocial	7	53,8	6	46,2

8.10 Reincidencia de los jóvenes con trastorno mental severo

Reincidencia		Trastorno mental severo	
		N	%
Tiempo en reincidir (agrupada)	Menos de 6 meses	9	60,0%
	De 6 meses a 1 año	3	20,0%
	De 1 a 2 años	2	13,3%
	De 2 a 3 años	0	0,0%
	De 3 a 4 años	1	6,7%
	De 4 a 5 años	0	0,0%
	De 5 a 6 años	0	0,0%

Categoría hecho principal primera reincidencia	Contra las personas	4	26,7%
	Contra la propiedad violento	3	20,0%
	Contra la propiedad no violento	6	40,0%
	Otros	2	13,3%
Violencia hecho principal primera reincidencia	Violento	7	46,7%
	No violento	8	53,3%
Tipo hecho principal primera reincidencia	Delito	13	86,7%
	Falta	2	13,3%
Ámbito ejecución primera reincidencia	Justicia Juvenil	7	46,7%
	MPA	1	6,7%
	SIPC	7	46,7%
Programa o medida primera reincidencia	MRM	0	0,0%
	ATM	4	26,7%
	LV	1	6,7%
	PBC	0	0,0%
	Otros MO	0	0,0%
	Internamiento	2	13,3%
	TBC	1	6,7%
	Otros MPA	0	0,0%
	Prisión	5	33,3%
	LP	0	0,0%
	RPS	2	13,3%
	Medidas cautelares	0	0,0%
	LP y RPS	0	0,0%
Ámbitos del total de reincidencias	No reincidencia	0	0,0%
	Solo JJ	6	40,0%
	Solo MPA	1	6,7%
	Solo Prisión	4	26,7%
	JJ y MPA	0	0,0%
	JJ y Prisión	1	6,7%
	MPA y Prisión	3	20,0%
	JJ, MPA y Prisión	0	0,0%
Número total de reincidencias	1 reincidencia	4	26,7%
	2 o 3 reincidencias	4	26,7%
	Más de 3 reincidencias	7	46,7%
Reincidencia violenta	No	15	60,0%
	Sí	10	40,0%
REINCIDENCIA	No reincidente	10	40,0%
	Reincidente	15	60,0%

8.11 Reincidencia de los jóvenes con trastorno mental

Reincidencia		Trastorno mental	
		N	%
Tiempo en reincidir (agrupada)	Menos de 6 meses	9	47,4%
	De 6 meses a 1 año	4	21,1%
	De 1 a 2 años	5	26,3%
	De 2 a 3 años	1	5,3%
	De 3 a 4 años	0	0,0%
	De 4 a 5 años	0	0,0%
	De 5 a 6 años	0	0,0%
Categoría hecho principal primera reincidencia	Contra las personas	7	36,8%
	Contra la propiedad violento	4	21,1%
	Contra la propiedad no violento	3	15,8%
	Otros	5	26,3%
Violencia hecho principal primera reincidencia	Violento	11	57,9%
	No violento	8	42,1%
Tipo hecho principal primera reincidencia	Delito	14	73,7%
	Falta	5	26,3%
Ámbito ejecución primera reincidencia	Justicia Juvenil	10	52,6%
	MPA	4	21,1%
	SIPC	5	26,3%
Programa o medida primera reincidencia	MRM	0	0,0%
	ATM	4	21,1%
	LV	0	0,0%
	PBC	1	5,3%
	Otros MO	1	5,3%
	Internamiento	4	21,1%
	TBC	4	21,1%
	Otros MPA	0	0,0%
	Prisión	3	15,8%
	LP	1	5,3%
	RPS	1	5,3%
	Medidas cautelares	0	0,0%
	LP y RPS	0	0,0%
Ámbitos del total de reincidencias	No reincidencia	0	0,0%
	Solo JJ	8	42,1%
	Solo MPA	2	10,5%
	Solo Prisión	2	10,5%
	JJ y MPA	2	10,5%
	JJ y Prisión	0	0,0%
	MPA y Prisión	5	26,3%
	JJ, MPA y Prisión	0	0,0%

Número total de reincidencias	1 reincidencia	5	26,3%
	2 o 3 reincidencias	9	47,4%
	Más de 3 reincidencias	5	26,3%
Reincidencia violenta	No	30	68,2%
	Sí	14	31,8%
REINCIDENCIA	No reincidente	25	56,8%
	Reincidente	19	43,2%

8.12 Reincidencia de los jóvenes con patología dual

Reincidencia		PATOLOGÍA DUAL	
		N	%
Tiempo en reincidir (agrupada)	Menos de 6 meses	9	56,3%
	De 6 meses a 1 año	4	25,0%
	De 1 a 2 años	3	18,8%
	De 2 a 3 años	0	0,0%
	De 3 a 4 años	0	0,0%
	De 4 a 5 años	0	0,0%
	De 5 a 6 años	0	0,0%
Categoría hecho principal primera reincidencia	Contra las personas	5	31,3%
	Contra la propiedad violento	6	37,5%
	Contra la propiedad no violento	2	12,5%
	Otros	3	18,8%
Violencia hecho principal primera reincidencia	Violento	11	**68,8%
	No violento	5	31,3%
Tipo hecho principal primera reincidencia	Delito	14	87,5%
	Falta	2	12,5%
Ámbito ejecución primera reincidencia	Justicia Juvenil	8	50,0%
	MPA	1	6,3%
	SIPC	7	43,8%
Programa o medida primera reincidencia	MRM	0	0,0%
	ATM	3	18,8%
	LV	0	0,0%
	PBC	0	0,0%
	Otros MO	0	0,0%
	Internamiento	5	31,3%
	TBC	1	6,3%
	Otros MPA	0	0,0%
	Prisión	4	25,0%
	LP	1	6,3%

	RPS	2	12,5%
	Medidas cautelares	0	0,0%
	LP y RPS	0	0,0%
Ámbitos del total de reincidencias	No reincidencia	0	0,0%
	Solo JJ	8	50,0%
	Solo MPA	0	0,0%
	Solo Prisión	3	18,8%
	JJ y MPA	0	0,0%
	JJ y Prisión	0	0,0%
	MPA y Prisión	5	31,3%
	JJ, MPA y Prisión	0	0,0%
Número total de reincidencias	1 reincidencia	3	18,8%
	2 o 3 reincidencias	7	43,8%
	Más de 3 reincidencias	6	37,5%
Reincidencia violenta	No	20	60,6%
	Sí	13	39,4%
REINCIDENCIA	No reincidente	17	51,5%
	Reincidente	16	48,5%

8.13 Reincidencia de los jóvenes con trastorno relacionado con el consumo de sustancias

Reincidencia		Consumo de Sustancias	
		N	%
Tiempo en reincidir (agrupada)	Menos de 6 meses	10	43,5%
	De 6 meses a 1 año	7	30,4%
	De 1 a 2 años	5	21,7%
	De 2 a 3 años	0	0,0%
	De 3 a 4 años	1	4,3%
	De 4 a 5 años	0	0,0%
	De 5 a 6 años	0	0,0%
Categoría hecho principal primera reincidencia	Contra las personas	5	21,7%
	Contra la propiedad violento	8	34,8%
	Contra la propiedad no violento	4	17,4%
	Otros	6	26,1%
Violencia hecho principal primera reincidencia	Violento	13	56,5%
	No violento	10	43,5%
Tipo hecho principal primera reincidencia	Delito	20	87,0%
	Falta	3	13,0%

Ámbito ejecución primera reincidencia	Justicia Juvenil	10	43,5%
	MPA	3	13,0%
	SIPC	10	43,5%
Programa o medida primera reincidencia	MRM	0	0,0%
	ATM	4	17,4%
	LV	0	0,0%
	PBC	0	0,0%
	Otros MO	1	4,3%
	Internamiento	5	21,7%
	TBC	2	8,7%
	Otros MPA	1	4,3%
	Prisión	6	26,1%
	LP	2	8,7%
	RPS	2	8,7%
	Medidas cautelares	0	0,0%
	LP y RPS	0	0,0%
Ámbitos del total de reincidencias	No reincidencia	0	0,0%
	Solo JJ	9	39,1%
	Solo MPA	1	4,3%
	Solo Prisión	4	17,4%
	JJ y MPA	0	0,0%
	JJ y Prisión	1	4,3%
	MPA y Prisión	8	34,8%
	JJ, MPA y Prisión	0	0,0%
Número total de reincidencias	1 reincidencia	4	17,4%
	2 o 3 reincidencias	10	43,5%
	Más de 3 reincidencias	9	39,1%
Reincidencia violenta	No	26	60,5%
	Sí	17	39,5%
REINCIDENCIA	No reincidente	20	46,5%
	Reincidente	23	53,5%

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

8.14 Reincidencia de los jóvenes con trastorno de conducta

Reincidencia		TRASTORNO CONDUCTA	
		N	%
Tiempo en reincidir (agrupada)	Menos de 6 meses	5	100,0%
	De 6 meses a 1 año	0	0,0%
	De 1 a 2 años	0	0,0%
	De 2 a 3 años	0	0,0%
	De 3 a 4 años	0	0,0%
	De 4 a 5 años	0	0,0%
	De 5 a 6 años	0	0,0%
Categoría hecho principal primera reincidencia	Contra las personas	2	40,0%
	Contra la propiedad violento	0	0,0%
	Contra la propiedad no violento	2	40,0%
	Otros	1	20,0%
Violencia hecho principal primera reincidencia	Violento	2	40,0%
	No violento	3	60,0%
Tipo hecho principal primera reincidencia	Delito	3	60,0%
	Falta	2	40,0%
Ámbito ejecución primera reincidencia	Justicia Juvenil	4	80,0%
	MPA	0	0,0%
	SIPC	1	20,0%
Programa o medida primera reincidencia	MRM	0	0,0%
	ATM	1	20,0%
	LV	0	0,0%
	PBC	1	20,0%
	Otros MO	1	20,0%
	Internamiento	1	20,0%
	TBC	0	0,0%
	Otros MPA	0	0,0%
	Prisión	1	20,0%
	LP	0	0,0%
	RPS	0	0,0%
	Medidas cautelares	0	0,0%
	LP y RPS	0	0,0%
	Ámbitos del total de reincidencias	No reincidencia	0
Solo JJ		4	80,0%
Solo MPA		0	0,0%
Solo Prisión		1	20,0%
JJ y MPA		0	0,0%
JJ y Prisión		0	0,0%
MPA y Prisión		0	0,0%
JJ, MPA y Prisión		0	0,0%

Número total de reincidencias	1 reincidencia	3	60,0%
	2 o 3 reincidencias	2	40,0%
	Más de 3 reincidencias	0	0,0%
Reincidencia violenta	No	10	83,3%
	Sí	2	16,7%
REINCIDENCIA	No reincidente	7	58,3%
	Reincidente	5	41,7%

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

8.15 Reincidencia de los jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Reincidencia		TDAH	
		N	%
Tiempo en reincidir (agrupada)	Menos de 6 meses	2	28,6%
	De 6 meses a 1 año	2	28,6%
	De 1 a 2 años	3	42,9%
	De 2 a 3 años	0	0,0%
	De 3 a 4 años	0	0,0%
	De 4 a 5 años	0	0,0%
	De 5 a 6 años	0	0,0%
	Categoría hecho principal primera reincidencia	Contra las personas	2
Contra la propiedad violento		2	28,6%
Contra la propiedad no violento		1	14,3%
Otros		2	28,6%
Violencia hecho principal primera reincidencia	Violento	4	57,1%
	No violento	3	42,9%
Tipo hecho principal primera reincidencia	Delito	6	85,7%
	Falta	1	14,3%
Ámbito ejecución primera reincidencia	Justicia Juvenil	4	57,1%
	MPA	2	28,6%
	SIPC	1	14,3%
Programa o medida primera reincidencia	MRM	0	0,0%
	ATM	2	28,6%
	LV	0	0,0%
	PBC	0	0,0%
	Otros MO	0	0,0%
	Internamiento	2	28,6%
	TBC	2	28,6%

	Otros MPA	0	0,0%
	Prisión	1	14,3%
	LP	0	0,0%
	RPS	0	0,0%
	Medidas cautelares	0	0,0%
	LP y RPS	0	0,0%
Ámbitos del total de reincidencias	No reincidencia	0	0,0%
	Solo JJ	3	42,9%
	Solo MPA	1	14,3%
	Solo Prisión	0	0,0%
	JJ y MPA	1	14,3%
	JJ y Prisión	0	0,0%
	MPA y Prisión	2	28,6%
	JJ, MPA y Prisión	0	0,0%
Número total de reincidencias	1 reincidencia	2	28,6%
	2 o 3 reincidencias	3	42,9%
	Más de 3 reincidencias	2	28,6%
Reincidencia violenta	No	15	75,0%
	Sí	5	25,0%
REINCIDENCIA	No reincidente	13	65,0%
	Reincidente	7	35,0%

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$

8.16. Reincidencia de los jóvenes con discapacidad intelectual leve

Reincidencia		Discapacidad intelectual leve	
		N	%
Tiempo en reincidir (agrupada)	Menos de 6 meses	7	50,0%
	De 6 meses a 1 año	4	28,6%
	De 1 a 2 años	1	7,1%
	De 2 a 3 años	1	7,1%
	De 3 a 4 años	1	7,1%
	De 4 a 5 años	0	0,0%
	De 5 a 6 años	0	0,0%
Categoría hecho principal primera reincidencia	Contra las personas	5	35,7%
	Contra la propiedad violento	2	14,3%
	Contra la propiedad no violento	4	28,6%
	Otros	3	21,4%

Violencia hecho principal primera reincidencia	Violento	7	50,0%
	No violento	7	50,0%
Tipo hecho principal primera reincidencia	Delito	11	78,6%
	Falta	3	21,4%
Ambito ejecución primera reincidencia	Justicia Juvenil	5	35,7%
	MPA	1	7,1%
	SIPC	8	57,1%
Programa o medida primera reincidencia	MRM	0	0,0%
	ATM	3	21,4%
	LV	0	0,0%
	PBC	0	0,0%
	Otros MO	0	0,0%
	Internamiento	2	14,3%
	TBC	1	7,1%
	Otros MPA	0	0,0%
	Prisión	5	35,7%
	LP	2	14,3%
	RPS	1	7,1%
	Medidas cautelares	0	0,0%
	LP y RPS	0	0,0%
	Ámbitos del total de reincidencias	No reincidencia	0
Solo JJ		2	14,3%
Solo MPA		1	7,1%
Solo Prisión		3	21,4%
JJ y MPA		1	7,1%
JJ y Prisión		2	14,3%
MPA y Prisión		5	35,7%
JJ, MPA y Prisión		0	0,0%
Número total de reincidencias	1 reincidencia	3	21,4%
	2 o 3 reincidencias	2	14,3%
	Más de 3 reincidencias	9	**64,3%
Reincidencia violenta	No	16	59,3%
	Sí	11	40,7%
REINCIDENCIA	No reincidente	13	48,1%
	Reincidente	14	51,9%

** Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,01$

* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia $p \leq 0,05$