
ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA PARA LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES QUE CUMPLEN CONDENA EN CIP – CRC



FEBRERO 2012



EQUIPO INVESTIGADOR

Director Proyecto

Juan Martin Castillo

Coordinación

Ana María Abarca

Diego Piñol

Investigadores

Juan San Martín

Catalina Mellado

Diego Piñol

Asesores

Carolina Berríos

Revisores

Lorena Trujillo

Sergio Chesta

Karina Zuchel

INDICE

INDICE	2
PRESENTACION DEL ESTUDIO	10
CAPÍTULO I	11
1. INTRODUCCIÓN DEL CAPÍTULO	12
2. ANTECEDENTES TEÓRICOS	14
2.1. Ley de responsabilidad penal adolescente	14
2.2. Características período evolutivo adolescente	16
2.2.1. Factores de vulnerabilidad relacionados con el desarrollo en la adolescencia	18
2.3. Características de los jóvenes infractores de ley	19
2.3.1. Factores de riesgo asociados a la infracción de ley	20
2.4. Salud mental en jóvenes infractores	22
2.4.1. Identificación y pesquisa temprana de trastornos en salud mental en el sistema de justicia juvenil	22
2.4.2. Cifras a nivel internacional y estudios previos	23
2.4.3. Estudios a nivel nacional	26
2.4.4. Consumo de drogas en adolescentes infractores de ley	28
2.4.5. Relación entre consumo de drogas y salud mental	29
2.4.6. Efectos de la prisionización	30
3. METODOLOGÍA	34
3.1. Grupo de estudio	34
3.2. Instrumentos de recolección de información	35
3.2.1. Cuestionario de tamizaje de salud mental para Adolescentes (CESMA)	35
3.2.2. Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV)	36
3.2.3. Test de matrices progresivas de Raven	38

3.2.4. Escala de Apoyo Social para Adolescentes (Seidman et al., 1995)	39
3.3. Procedimiento	40
4. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO	43
4.1. Prevalencia de trastornos de salud mental	43
4.2. Trastornos ansiosos	48
4.2.1. Ansiedad generalizada	50
4.2.2. Trastorno Obsesivo-compulsivo	51
4.2.3. Trastorno por Estrés post-traumático	51
4.2.4. Fobia Social	52
4.2.5. Ansiedad de separación	53
4.2.6. Fobia específica.....	53
4.2.7. Desorden de pánico	54
4.2.8. Agorafobia (sin pánico)	55
4.3. Trastornos afectivos	56
4.3.1. Episodios maníaco e hipomaníaco.....	58
4.3.2. Depresión mayor	59
4.3.3. Distimia	60
4.4. Esquizofrenia	61
4.5. Trastornos disruptivos	62
4.5.1. Déficit atencional.....	65
4.5.2. Trastorno de conducta.....	66
4.5.3. Trastorno oposicionista	67
4.6. Trastornos misceláneos	68
4.6.1. Trastorno de la conducta alimentaria.....	70
4.6.2. Trastornos de la eliminación.....	70

4.6.3.	Trastorno de Tourette	70
4.6.4.	Tics motores o vocales	71
4.7.	Trastornos de sustancias	72
4.7.1.	Alcohol	73
4.7.2.	Marihuana	74
4.7.3.	Nicotina	74
4.7.4.	Otras sustancias	75
4.8.	Comorbilidad	75
4.9.	Conductas de autolesivas, ideación suicida e intento de suicidio	77
4.10.	Apoyo social	79
4.11.	Potencial intelectual	89
5.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	99
5.1.	Prevalencia de trastornos de salud mental	99
5.2.	Trastornos ansiosos	101
5.2.1.	Ansiedad generalizada	102
5.2.2.	Trastorno Obsesivo-compulsivo	102
5.2.3.	Trastorno por Estrés post-traumático	103
5.2.4.	Fobia Social	103
5.2.5.	Ansiedad de separación	103
5.2.6.	Fobia específica	104
5.2.7.	Desorden de pánico	105
5.2.8.	Agorafobia (sin pánico)	105
5.3.	Trastornos afectivos	105
5.3.1.	Episodios maníacos e hipomaníaco	106
5.3.2.	Trastorno depresivo mayor	107

5.3.3.	Distimia	108
5.4.	Esquizofrenia	108
5.5.	Trastornos disruptivos	109
5.5.1.	Déficit atencional	110
5.5.2.	Trastorno de conducta o disocial	111
5.5.3.	Trastorno oposicionista	111
5.6.	Trastornos misceláneos	112
5.7.	Trastornos de sustancias	112
5.7.1.	Alcohol	114
5.7.2.	Marihuana	114
5.7.3.	Nicotina	115
5.8.	Comorbilidad	115
5.9.	Conductas de autolesivas, ideación suicida e intento de suicidio	117
5.10.	Apoyo social	118
5.11.	Coeficiente intelectual	120
6.	CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL	124
CAPÍTULO II		127
7.	128	
1.	PRESENTACION	128
2.	ANTECEDENTES	129
2.1	Modelo actual de las redes asistenciales para la población infractora de ley en Chile	129
A.	Orientaciones Técnicas para Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Con Trastornos Mentales Usuarios del Servicio Nacional de Menores	129
	Premisas para la atención de la población infantil y adolescente con trastornos mentales, vulnerabilidad social e infracciones de ley	130
B.	Redes de Atención	131

3. METODOLOGIA.....	133
3.1. Levantamiento de información en terreno	134
A. Grupos focales y entrevistas	134
B. Pauta de observación y consulta en terreno.....	136
3.2. Evaluadores en terreno	136
3.3. Análisis de la información	137
4. RESULTADOS	138
4.1. Prevalencia de salud mental.....	138
4.2. Caracterización de los servicios de atención de salud mental en los CRC	140
4.2.1. Actores involucrados	140
4.2.2. Recursos Humanos en los CRC.....	142
4.2.3. Capacitación.....	144
4.3. Intervenciones en los CRC	146
4.3.1. Identificación y pesquisa de casos	146
4.3.2. Atención Psicológica	147
4.3.3. Farmacoterapia.....	148
4.3.4. Atención para consumo problemático de sustancias	148
4.4. Registro y sistematización de la información	149
4.5. Condiciones físicas destinadas a la atención en salud mental.....	151
4.6. Caracterización de la atención en salud mental en el sistema de salud pública	152
4.7. Procesos judiciales asociados a la atención en salud mental de los adolescentes infractores de ley que cumplen penas privativas de libertad	155
CAPÍTULO III.....	159
5. 160	
1. REFERENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN.....	160

2. Exploración de niveles de complejidad de la población diagnosticada.....	164
3. Diagnóstico redes	165
4. PROPUESTA MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY PENAL CUMPLIENDO MEDIDAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD	168
4.1. Principios del modelo	169
A. Detección precoz.....	169
B. Derecho a atención en Salud	170
C. Continuidad de la intervención.....	170
D. Prevención de conductas disruptivas en el espacio cerrado.....	171
4.2. Componentes transversales del modelo	172
A. Trabajo intersectorial y complementario	172
B. Especialización y capacitación	173
4.3. Respuestas requeridas para la atención integral.....	175
4.4 Actores involucrados y su rol en el modelo.....	182
BIBLIOGRAFÍA	189
Martínez-León, Nancy Consuelo. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 6, 379-399.....	195
Soutullo, C. & Mardomingo, M..J (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y Adolescente (1ª ed., pp 95-110) Madrid. Ed Panamericana.	195
ANEXOS.....	202
¿Existe manual de procedimientos en caso de emergencias de salud mental?	212
14. Pida ver un ejemplar del manual de procedimiento	212
15. ¿Existe un botiquín de primeros auxilios?	212
16. Pida ver el botiquín.....	212
17. ¿Existe un flujograma de derivación a servicios de salud?	212
18. Pida ver un ejemplar del flujograma.....	212
19. ¿Se registran por escrito los diagnósticos de salud mental?	212

20. Pida ver un ejemplar de diagnóstico	212
21. ¿Se registran las atenciones médicas en salud mental al interior del CRC?	212
22. Pida ver un ejemplar de registro	212
23. ¿Se registran las atenciones médicas en salud mental realizadas en el sistema público o privado de salud?	212
24. Pida ver un ejemplar de registro	212
25. ¿Existe registro de antecedentes relevantes para diagnóstico psiquiátrico en el expediente del adolescente?	212
26. Pida ver un ejemplar de registro	212
27. Se utiliza el consentimiento informado de los jóvenes para la atención de salud mental	212
28. Pida ver un ejemplar de registro	212
29. ¿Cuentan con un lugar de almacenamiento de medicamentos?	212
30. Pida ver el lugar	212
31. ¿El lugar de almacenamiento de medicamentos se encuentra debidamente resguardado? ..	212
32. ¿El lugar de almacenamiento de medicamentos se encuentra cerrado y seguro?	212
33. ¿Se registra la entrega de medicamentos?	212
34. Pida ver un ejemplar de registro	212
35. Observe la fecha de vencimiento de algunos medicamentos	212
36. ¿Cuentan con un libro de anotaciones o novedades en cada casa?	212
37. Pida ver un ejemplar del libro de anotaciones o novedades	212
38. ¿Se registran en el libro de anotaciones o novedades las urgencias en salud mental?	212
Anexo 4: Catastro de recursos humanos destinados a atención en salud mental en los CRC	217
Psiquiatra Infante – juvenil	217
Medico general	217
Psiquiatra General	217

Psicólogo.....	217
Enfermero/a	217
Técnico Paramédico.....	217
Psiquiatra Infanto – juvenil	218
Medico general	218
Psiquiatra General	218
Psicólogo.....	219
Enfermero/a	219
Técnico Paramédico.....	219
Anexo 5: Catastro de las prestaciones que abordan la salud mental disponibles en los CRC	220
Anexo 6: Catastro de la infraestructura disponible para atención en salud mental	222

PRESENTACION DEL ESTUDIO

La presente investigación tiene como objetivos dar cuenta de las características de la demanda de atención en salud mental y psiquiatría de los adolescentes condenados a régimen cerrado, además de explorar y analizar las redes de apoyo asistenciales en esas áreas. Pare esto, se llevó a cabo la revisión de bibliografía nacional e internacional, el levantamiento de información en terreno a partir de distintos instrumentos debidamente validados, y la asesoría técnica de expertos.

El desarrollo y los resultados de la investigación se presentan en el siguiente informe, el que se organiza en tres capítulos que tienen los siguientes contenidos:

- A. Diagnóstico de salud mental de los adolescentes infractores de ley: Antecedentes teórico, descripción de la metodología utilizada, descripción de los resultados del diagnóstico, y discusión y análisis de los resultados.
- B. Diagnóstico de la atención en salud mental de adolescentes infractores de ley: Presentación del capítulo, antecedentes de la atención en salud mental, metodología del diagnóstico de redes y descripción de los resultados del diagnóstico de redes
- C. Propuesta de modelo de atención en salud mental de adolescentes infractores de ley: Referentes del modelo de atención y propuesta de modelo de atención en salud mental para adolescentes infractores de la ley penal cumpliendo medidas privativas de libertad

A continuación se presentan los contenidos del “Estudio diagnóstico de la situación actual de la atención en salud mental y psiquiatría para la población de adolescentes que cumplen condena en CIP- CRC”

CAPÍTULO I

DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES INFRACTORES DE LEY

1. INTRODUCCIÓN DEL CAPÍTULO

Con la entrada en vigencia de la Ley 20.084 sobre responsabilidad penal adolescente, comienza a instalarse la necesidad de intervenir en los ejes bio-psico-sociales con los jóvenes, de manera integral y multifactorial, abordando al sujeto como persona en desarrollo con características evolutivas particulares, y considerando los contextos generalmente de vulneración en los que se desarrollan. De esta manera, se elaboran lineamientos técnicos que intencionan intervenciones que priorizan el carácter responsabilizador, reparador y habilitante de la intervención penal por sobre su componente punitivo, asumiendo el desafío de desarrollar una oferta pertinente a las necesidades particulares de los y las adolescentes, que favorezca la reinserción social y el desistimiento de la conducta infractora. Esto implica que la propuesta de intervención para los jóvenes, debe considerar la etapa de desarrollo que atraviesan y, a la vez, las causas y circunstancias que los han llevado a involucrarse en hechos delictuales (Sename, 2011).

Según Rioseco et al (2009) los factores de riesgo relacionados con la conducta delictiva van en un continuo desde el nivel individual hasta el nivel sociocultural. Rutter plantea que entre las características personales que harían más vulnerables a los jóvenes a incurrir en actos delictivos se encuentra la hiperactividad, baja inteligencia, agresividad temprana, bajo autocontrol-impulsividad- alta distractibilidad, irreflexividad sobre los efectos negativos del comportamiento, alta tendencia a tomar riesgos, a atribuir la responsabilidad de su comportamiento a fuerzas externas y a sentir que el mundo es para el propio beneficio, extrema confianza en sí mismo, pereza en el ejercicio del pensamiento crítico, tendencia a interpretar al mundo como un lugar hostil, y abuso de drogas y alcohol (Rutter et al., 1998 citados en Rioseco et al , 2009).

Por lo tanto, los jóvenes que infringen la ley, suelen presentar importantes alteraciones mentales, las que se ven acentuadas con el contacto con el sistema penal, más aún si son privados de su libertad. La evidencia sugiere que la población de personas con problemas de salud mental que han cometido delitos, está siendo progresivamente encarcelada en condiciones deficitarias de acceso a servicios de salud mental, lo que conlleva un agravamiento de sus condiciones previas (Travis & Petersilia, 2001). Esta situación es identificada también en los recintos penitenciarios para menores de edad, los que no cuentan con procedimientos de pesquisa e intervención oportuna respecto de su situación de salud mental.

Continuando con lo anterior, diversos estudios evidencian que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población juvenil infractora de ley es extremadamente alta, las conclusiones del estudio realizado por Rioseco et al (2009), identifican la presencia de patología psiquiátrica en un 90% de la muestra de jóvenes condenados a cumplir condena de privación de libertad, con elevada presencia de trastorno disocial (71,4%), abuso de sustancia y una

menor capacidad intelectual. Sumado a esto, la evidencia identifica que el compromiso con el uso de drogas en población de adolescentes infractores es elevado, las prevalencias alguna vez en la vida de marihuana alcanzan a cerca del 80% y en cocaína total bordean el 50%, identificando además que los jóvenes que delinquen presentan altos niveles de uso de drogas comparado con la población general (Pontificia Universidad Católica [PUC], 2007).

Continuando con lo planteado, se identifica que la aparición de trastornos psicológicos como la depresión, ansiedad o desórdenes conductuales también han sido relacionados al desarrollo de un consumo abusivo de sustancias psicoactivas. Del mismo modo, el inicio temprano del uso de drogas o alcohol se ha vinculado a la aparición de posteriores cuadros psicopatológicos (Winters, 1999).

Debido a lo anterior, el presente estudio identifica la necesidad de atención en salud mental de los jóvenes que cumplen condena en el los CIP CRC de las RM, V y VI regiones, pesquisando la prevalencia de trastornos de salud mental, el coeficiente intelectual y el apoyo social percibido por estos jóvenes. De esta manera, se pretende contribuir de manera confiable y válida con información que permita evidenciar la problemática de salud mental en esta población penitenciaria.

La investigación involucra la aplicación de cuatro instrumentos que se detallan en el informe:

- Cuestionario de Tamizaje de Salud Mental para Adolescentes (Screening Questionnaire Interview for Adolescents, SQIFA- CESMA): Instrumento de Tamizaje diagnóstico
- Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV): Instrumento estructurado que mide diagnóstico de problemas psiquiátricos en niños y adolescentes
- Test de matrices progresivas de Raven: Medida de inteligencia general
- Escala de Apoyo Social para Adolescentes (Seidman et al., 1995): Mide el apoyo social percibido.

El presente capítulo tiene como objetivo presentar los resultados obtenidos de la aplicación de estos instrumentos, por lo que el documento que se presenta a continuación se estructura de la siguiente manera: a) antecedentes teóricos, b) descripción de la metodología utilizada, c) descripción de los resultados del diagnóstico d) discusión y análisis de los resultados. De esta forma, los resultados de este estudio entregarán información relevante a las partes interesadas para tomar decisiones en los distintos niveles, ya que en virtud de los resultados se obtiene información confiable y validada científicamente respecto a un grupo de sensible interés para el diseño (o mejoramiento) de políticas públicas. Del mismo modo, los resultados de esta investigación logran obtener información sanitaria básica precisa y confiable, que permite tomar decisiones con un sustento empírico.

2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

2.1. Ley de responsabilidad penal adolescente

Durante décadas ha operado en nuestro país una legislación para menores de edad caracterizada por su carácter tutelar que delimita un sistema predominantemente asistencialista, que reconoce a niño(a)s y adolescentes como objetos de atención, sin considerar su voluntad ni sus intereses. En 1989 se aprueba, por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Convención Internacional de los Derechos del Niño, lo que implica el inicio de un importante cambio en la consideración de la infancia. La transformación que propone esta convención corresponde al reconocimiento normativo de una concepción de derechos humanos donde el niño es considerado sujeto, con la dignidad inherente a todas las personas, y con posibilidad de hacer exigibles sus derechos frente al Estado, la comunidad y la familia, quienes están obligados a garantizarlos. Este instrumento consagra un marco mínimo de reconocimiento de derechos a los niños, en el que deben inscribirse las legislaciones y las prácticas de los países que la han ratificado. En el caso de Chile la convención fue ratificada en 1990 (Convención de Derechos del Niño [CDN], 1989).

En la práctica, el cambio originado por la CDN implica el traslado desde una visión punitiva y sancionadora de la vulneración de derechos, a una visión protectora, promocional y universal de éstos, y comprende a los niños, niñas y adolescentes en conflicto con la justicia como sujetos vulnerados, por lo que los actos delictivos en sí son comprendidos como resultado de su situación de vulnerabilidad, requiriendo acciones promotoras y protectoras de su integridad que apunten a la reparación en su condición de niños (De Ferrari, 2006).

Sobre la CDN se asienta el ideario jurídico que inspiró la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (LRPA), la que se pone en marcha el 2007, y establece un sistema de justicia penal especializado que trata a niños y adolescentes entre 14 y 17 años (11 meses) como sujetos de derechos, plenamente responsables de sus actos, no obstante, los protege en forma especial, atendiendo a sus características particulares de personas en desarrollo. Esta ley emerge como uno de los cambios necesarios para articular la CDN en forma concreta, ofreciendo justicia específica a la situación de delito y estrategias particulares para el abordaje, atención y reinserción social de adolescentes y jóvenes en conflicto con la justicia. Surge no sólo como un ajuste a las disposiciones legales internacionales sobre la materia, que aparte de las consagradas por la CDN se suman Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores ("Reglas de Beijing") redactadas en 1985, sino frente a la necesidad de generar respuestas diferenciadas y específicas para los niños, niñas y adolescentes, al reconocer que la adolescencia y la juventud son parte de un período crítico en el desarrollo del ser humano, que constituye una transición hacia la vida adulta, teniendo lugar una serie de cambios bio-psico-sociales que apunten a la constitución de la identidad (De Ferrari, 2006).

La Ley 20.084 ha tenido una implementación progresiva desde Julio del 2007, y dado que se fundamenta en los tratados y normas internacionales, conviene (someramente) analizar a luz de los indicadores generados a la fecha. Por una parte, esta ley debe propender a un proceso judicial rápido y acotado, a fin de intencionar el menor contacto posible del adolescente con el sistema judicial/penal, esto se verifica en la información presentada por la Defensoría Penal Pública¹, que indica que en el primer año de la implementación de la ley se resolvía un 30.9% de las causas en un día y un 24.2% en más de 6 meses, mientras en el año 2010 (tercer año LRPA) se resuelve un 51.6% en un día y sólo un 5.7% se demora más de 6 meses en ser resuelto. Por otro lado, sólo un 20.7% de las causas llegan a tener más de 3 meses de proceso, lo cual indica que el sistema se ha ido progresivamente adaptando a las recomendaciones internacionales, no obstante, es un proceso en desarrollo.

Continuando con lo anterior, el proceso judicial debe ofrecer e implementar una diversidad de alternativas o salidas frente al juicio, a fin de evitar el daño en el adolescente producto del contacto con éste. Para observar este aspecto, los datos aportados por Berríos (2011) (basados en la estadística de Ministerio Público) indican que para el año 2010 un 29% de los adolescentes recibe una sentencia condenatoria, que el 22.6% recibe una suspensión condicional del procedimiento y un 2.47% un acuerdo reparatorio. Estas cifras podrían indicar un estado adecuado de la aplicación de los principios internacionales, no obstante, son muy similares a las del sistema adulto, lo cual no indica una particularidad y un trato diferenciado del sistema de justicia juvenil hacia los procesados.

Del mismo modo, las recomendaciones indican el mínimo uso de las sanciones privativas de libertad, privilegiando las salidas alternativas y las sanciones en libertad, al respecto los datos de la Defensoría Penal Pública (2011) indican que sólo un 3.6% de los jóvenes el año 2010 obtuvo una sanción en régimen cerrado, mientras que a un 37.2% se le dictó una medida en Servicio en beneficio a la comunidad, un 31.6% accedió a alguna de las dos modalidades de Libertad asistida y un 0.2% una Reparación del daño causado. Pese a la situación mencionada las sanciones en régimen cerrado han ido superando a las de semi-cerrado (de 2.9% a 3.6% cerrado y de 5% a 4% semicerrado), lo cual podría señalar una tendencia regresiva en lo que a la materia se refiere, o bien un cambio en el perfil de los adolescentes.

Pese a lo indicado anteriormente, a nivel global el sistema de justicia juvenil está compuesto centralmente por adolescentes cumpliendo una medida en libertad, lo cual revela, por un lado el ajuste a las prescripciones internacionales, y por otro, una caracterización de importancia para los fines de este estudio, que se concentra en adolescentes cumpliendo condenas en centros cerrados. Los datos del número de sujetos vigentes en el sistema SENAME (2010)² indican que a nivel general, se ha duplicado el número de adolescentes entre el año 2008 y 2010. No obstante, este incremento se ha concentrado en las sanciones en medio libre

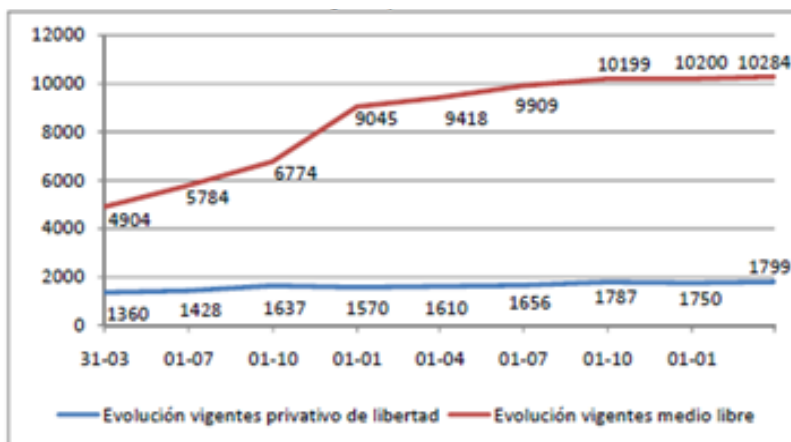
¹ Defensoría Penal Pública, 2011.

² SENAME, (2010). Informe de diagnóstico de la implementación de la Ley 20.084. Santiago.

(pasando de 4.904 jóvenes en Marzo del 2008 a 10.284 jóvenes en Marzo del 2010). Tal como lo muestra el Gráfico 1 la proporción entre número de jóvenes en medios privativos de libertad (cerrado y semicerrado) respecto del total de jóvenes infractores en SENAME ha ido decreciendo exponencialmente, ya que en el año 2008 se tenían 1.360 adolescentes en esa modalidad (de un total de 6.264 jóvenes, lo que representa cerca de un 21,7%), para el 2010 esta cifra sube a 1.799 adolescentes, pero de un total de 12.083 jóvenes (cerca del 15%).

Gráfico 1

Adolescentes vigentes sistema SENAME



Fuente: (SENAME, 2010)

2.2. Características período evolutivo adolescente

Según lo planteado en apartados anteriores, entre las principales características de ley 20084 se encuentra ser un sistema de justicia juvenil “especializado” en todas sus fases, dado que contempla procedimientos y consecuencias diferenciadas de la de los adultos, y cuyas sanciones no sólo ponen énfasis en la responsabilización, sino que incluyen un componente socioeducativo en la intervención, con la finalidad de conseguir y favorecer la reinserción social. Es decir, el carácter especializado de esta ley consiste en ser un sistema diferenciado del de los adultos, en que se considere la condición especial de ser adolescente (Soto & Viano, 2007). Este período evolutivo tiene particularices importantes, que algunos autores como Andrews y Bonta (2003) identifican como factores de riesgo para la adquisición de conductas ilícitas.

La adolescencia corresponde a la etapa de transición entre la niñez y la madurez que ocurre aproximadamente entre los 10 y los 20 años (Steinberg, 2005). Distintos autores lo han dividido en tres períodos, considerando adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia intermedia (14 a17 años) y adolescencia tardía (18 -20 años). Comúnmente se plantea que esta etapa tiene un inicio marcado por los cambios biológicos de la pubertad, no obstante la

transición a la vida adulta es menos clara, dificultando situar el fin de la adolescencia, el que se ha definido a partir de criterios sociológicos como el matrimonio, la formación de una familia, finalización de los estudios e ingreso al mundo laboral (Smetana, Campione-Barr, & Metzger, 2006).

Para distintos autores, el desarrollo emocional en la adolescencia implica como tareas principales establecer un sentido de identidad realista y coherente en el contexto de las relaciones con otros, aprender a afrontar el estrés y manejar las emociones. Con respecto al establecimiento de la identidad, este proceso se ha considerado tradicionalmente como la tarea central de este período evolutivo. Pese a que se acepte que puede comenzar antes y concluir en etapas posteriores del ciclo vital, se propone que se trataría de un proceso clave durante la adolescencia, ya que es en esta etapa cuando los sujetos cuentan con los recursos cognitivos para reflexionar respecto a quiénes son y qué los hace únicos (American Psychological Association [APA], 2002). Junto con esto, en el ámbito emocional, en esta etapa comienza a desarrollarse la regulación emocional, definida como la habilidad de acceder a un rango de emociones, y modular o controlar su intensidad o duración (Mac Dermott, Gullone, Allen, King & Tonge, 2009).

Por su parte, el desarrollo cognitivo proporciona las bases para otros aspectos del desarrollo, incluyendo áreas tales como las relaciones familiares, relaciones con los pares, desempeño escolar y expresión de conductas de riesgo en la adolescencia (Arnett, 2008). Durante este período evolutivo ocurren cambios importantes en la forma en que los jóvenes piensan y resuelven problemas, así como también en procesos tales como memoria, atención y procesos cognitivos de orden superior, como toma de decisiones y adquisición de conocimiento. Comparados con los niños, los adolescentes piensan en forma más avanzada y eficiente, y en general en forma más compleja (Steinberg, 2005).

Respecto a las relaciones familiares los adolescentes comienzan a establecer autonomía, inclinándose por su relación con los pares de referencia, quienes adquieren mayor relevancia en esta etapa, pero su influencia se da principalmente en los ámbitos de la cultura juvenil como gustos, apariencia y estilo personal, mientras los padres continúan influyendo en decisiones que tienen un impacto de largo plazo (Smetana et al., 2006). Durante este período las relaciones con amigos pasan a ser más cercanas e íntimas proporcionando espacio para la autorevelación y apoyo. Asimismo se ha planteado que las amistades cercanas proporcionan instancias para potenciar habilidades y competencia social. Los estudios con el método de muestreo experiencial indican que los adolescentes informan estados de ánimo más positivos cuando están con sus pares (Arnett, 2008) que con la familia (Schneiders et al., 2007).

Lo anterior se explicaría porque los adolescentes encuentran en sus pares reflejo a sus propias emociones, y por otro lado se sienten más abiertos y libres al estar con ellos. Por otro lado, el apego y cercanía con los amigos puede llegar a ser una fuente de enojo, tristeza y frustración, ya que los adolescentes buscan agradar a sus amigos y son susceptibles a las eventuales vulneraciones a la confianza mutua. Además de estos, la figura del grupo de pares

como referente significativo puede alcanzar influencias complejas sobre la conformación de la identidad del sujeto si éste no cuenta con redes familiares fuertes y funcionales, y si además se trata de grupo de pares con conductas disruptivas, la necesidad de aceptación y adaptación pueden significar en el adolescente la incursión en conductas ilícitas, influidas por la necesidad de pertenencia al grupo (Arnett, 2008).

2.2.1. Factores de vulnerabilidad relacionados con el desarrollo en la adolescencia

Estudios relativamente recientes en el ámbito del desarrollo neurológico aportan nuevos antecedentes en la comprensión del incremento de la vulnerabilidad de los adolescentes a involucrarse en conductas de riesgo en este período.

Los sistemas motores y sensoriales maduran antes que las funciones asociativas de orden superior de la corteza cerebral (Susman & Dorn, 2009). Asimismo el sistema límbico, implicado en el procesamiento emocional y de los incentivos, maduraría antes que las áreas de la corteza prefrontal. Por ello, durante gran parte de la adolescencia existiría un predominio de la actividad límbica por sobre el control prefrontal. De acuerdo con lo anterior, durante la adolescencia media existiría una sensibilidad aumentada a los incentivos y los contextos socioemocionales en un período en que se cuenta con un control de impulsos inmaduro (Albert & Steinberg, 2011). Dicha condición estaría a la base del incremento de las conductas de riesgo en esta etapa vital. Además, estos cambios a nivel cerebral pondrían a los adolescentes en una situación de mayor vulnerabilidad a los efectos del uso de sustancias y agresiones que pueden conducir a problemas psicológicos posteriores (Susman & Dorn, 2009).

Existe abundante evidencia que resalta la influencia del grupo de pares en la participación en conductas desviadas durante la adolescencia. La afiliación a pares con conductas disruptivas es uno de los predictores más importantes de uso de sustancias ilícitas, y se ha relacionado además con la comisión de conductas delictivas. Albert y Steinberg (2011) han argumentado que si bien, los adolescentes presentan capacidades cognitivas superiores a las de sus pares de menor edad y similares a las de los adultos, las que les permitirían evaluar apropiadamente los riesgos asociados a una determinada conducta, la mayor incidencia de conductas riesgosas se relacionaría con claves socio emocionales y contextuales presentes en el proceso de toma de decisiones. Concretamente, los adolescentes son afectados en mayor medida que los adultos por claves contextuales tales como la presencia de pares al momento de la toma de decisiones riesgosas.

Continuando con los mismos autores, al analizar la evidenciada sugieren posibles explicaciones para el incremento de las conductas de riesgo que se observan en la adolescencia. En primer lugar, los adolescentes serían más sensibles a los posibles refuerzos asociados a sus decisiones riesgosas de lo que son sus pares menores de edad, en parte,

debido a los cambios en los sistemas neurológicos relacionados. Los adolescentes no sólo son más sensibles al refuerzo, sino que además lo son a las claves sociales y emocionales, por lo que su inclinación a involucrarse en conductas de riesgo se incrementa en mayor medida en presencia de sus pares (Albert y Steinberg, 2011).

De acuerdo con los autores citados, en este período se presentaría un desarrollo importante en el sistema cognitivo de control, lo que incluye procesos de especialización a través de podas sinápticas y mejora en la conectividad, que tienen lugar entre la adolescencia y comienzo de la adultez. De esta forma, en la medida que este sistema de control madura, los sujetos incrementan su capacidad para coordinar afecto y cognición, y ejercer mayores niveles de autorregulación, incluso en condiciones de activación emocional. Conforme se van desarrollando estas capacidades permiten una mayor resistencia a la influencia de pares (Albert y Steinberg, 2011).

2.3. Características de los jóvenes infractores de ley

Las condiciones presentadas anteriormente respecto de las características y vulneraciones propias del período evolutivo adolescente, configuran factores de riesgo para la adquisición de conductas ilícitas. Según autores como Frechéte y Le Blanc (1998) entre el 90% y 95% de los adolescentes incurren en alguna conducta alejada a la norma, identificándolo como delincuencia común o esporádica, asociada principalmente a la experimentación. Y por otro lado, sitúan al 5% o 10% de los adolescentes que se mantienen en esta actividad. Esta minoría, identificada como delincuencia distintiva, además de características inherentes al período vital tiene asociados otros factores de riesgos, denominados como criminogénicos por Andrews y Bonta (2006), los que influirían en la perpetuación de carreras delictuales.

Reforzando la idea planteada, se ha identificado internacionalmente que sólo una pequeña proporción de los menores de edad que se han visto involucrados en actividades delictivas siguen delinquir habitualmente al llegar a la adultez, por lo que las actuales teorías criminológicas ponen mucho énfasis en distinguir entre el concepto de delincuencia juvenil y el de carreras delictivas, ya que sólo la persistencia en estas conductas durante la vida adulta configura el desarrollo de una carrera delictiva propiamente tal (Capdevila, Ferrer y Luque, 2006; Villagra, 2011).

Además de lo anterior, se ha identificado que los jóvenes que delinquen tienden a diferenciarse de los infractores adultos, en cuanto al tipo de delito y al contexto en que son cometidos, ya que los jóvenes cometerían mayoritariamente delitos contra la propiedad y muy pocos delitos en contra de las personas, tendiendo delinquir en grupo, en espacios públicos, de manera no planificada, esporádica y oportunista, buscando generalmente la aceptación y validación ante su grupo de pares (Hein, 2004; Richards, 2011).

2.3.1. Factores de riesgo asociados a la infracción de ley

No obstante los factores identificados por estudios anteriormente descritos, es necesario conocer y reconocer que a la base del concepto delincuencia juvenil existen un conjunto de teorías y conceptos utilizados recurrentemente que sitúan y describen a la salud mental vinculada a una serie de factores de riesgo, comunes y diferentes con la delincuencia juvenil, pero que permiten organizar de manera comprensiva la salud mental de este grupo objetivo, ya no desde su raíz criminológica, sino en virtud de su conceptualización como grupo vulnerable o de riesgo.

Para describir de mejor forma entonces la salud mental en jóvenes infractores de ley, es preciso conocer y detallar conceptualmente lo que son los factores de riesgo.

Factores de riesgo: Son circunstancias que incrementan la probabilidad de problemas en el desarrollo, bien porque se trata de elementos que favorecen la aparición de desajustes o porque faltan elementos esenciales para un adecuado funcionamiento. La magnitud de los factores de riesgo se puede determinar de manera categorial; es decir, atendiendo a la probabilidad de que, en presencia de dicho factor, aparezca el problema y comparándola con la probabilidad de que el mismo problema tenga lugar en ausencia del factor de riesgo. Por otro lado, dicha magnitud puede estipularse mediante una aproximación más continua; esto efectuando un análisis de correlación entre el riesgo y el problema entendidos ambos como un continuo. Cowan, Cowan y Schulz (1996) han puesto el acento en que el riesgo no se encuentra en la variable en sí misma, sino en los procesos relacionados con ella, por lo que su análisis debe realizarse bajo un enfoque procesual. Además, es necesario considerar y, en suma, definir el riesgo, en relación con un resultado específico, dado que una misma dimensión puede actuar como factor de riesgo, neutralmente o como factor de protección, dependiendo del resultado que se esté evaluando.

Factores de vulnerabilidad: Se trata de circunstancias que incrementan la probabilidad de que se dé un problema en presencia de factores de riesgo pero que, en el mismo contexto, no tienen ese efecto amplificador si dichos factores de riesgo no están presentes. Dado que en sí mismos no suponen una amenaza para el desarrollo, su definición es eminentemente funcional. En este sentido, los mecanismos de vulnerabilidad se extienden a múltiples contextos, varían a través de distintos dominios de funcionamiento y varían a través de los procesos de riesgo (Blum, McNeely y Nonnemaker, 2002).

Factores protectores o amortiguadores: Son elementos que, en presencia de factores de riesgo, contribuyen a disminuir la probabilidad de que tenga lugar un problema. Al igual que sucedía con los mecanismos de vulnerabilidad, los factores de protección se extienden a múltiples contextos, varían a través de distintos dominios de funcionamiento y cambian a través de los procesos de riesgo (Blum et al., 2002). Los elementos protectores, al igual que los factores de vulnerabilidad, se definen por criterios funcionales, ya que en ausencia de factores de riesgo no suponen una ventaja para el desarrollo. En este sentido, los factores protectores

se diferencian de otros elementos promotores en que los últimos pueden favorecer resultados positivos tanto en presencia como en ausencia de riesgo, mientras que los elementos protectores adquieren un papel específico en situaciones de dificultad (Gutman, Sameroff y Eccles, 2002).

En el ámbito de los mecanismos que subyacen al riesgo y la vulnerabilidad, probablemente una de las cuestiones más destacadas haya sido la importancia de los aspectos cuantitativos del proceso. Muchos estudios justifican que las poblaciones de alto riesgo se definen por la acumulación de diversas circunstancias problemáticas, ya que se entiende que el poder de los factores de riesgo como amenaza para el desarrollo del menor de edad radica en su acumulación en la vida cotidiana. Desde este planteamiento y, con una considerable independencia del tipo de circunstancias de riesgo de que se trate, es el acopio de un elevado número de estos factores a través de una amplia variedad de dominios el elemento clave en la determinación del riesgo de un resultado adverso, más que la presencia de un único factor en sí mismo (Masten y Wright, 1998).

En cuanto a las relaciones que se establecen entre los factores que gravitan en situaciones de riesgo psicosocial, un análisis cualitativo del proceso defiende que los elementos de riesgo tienden a atraerse y reforzarse entre sí, por lo que se habla de la existencia de ambientes de riesgo múltiplemente amenazantes (Cowan et al., 1996). Afortunadamente, cuando se desarrollan competencias adaptativas, éstas también tienden a reforzarse entre ellas y contribuyen a que la trayectoria vital se vaya orientando hacia experiencias más positivas.

Los factores de riesgo delictivo en el adolescente señalados en estudios nacionales, se vinculan y relacionan con variables comúnmente asociadas a la exclusión y vulnerabilidad social, y demarcan trayectorias de vida marcadas por múltiples vulneraciones, siendo parte comúnmente de familias disfuncionales; con vínculos dañados, violencia intrafamiliar, problemas de comunicación, ausencia de normas y límites, y ausencia de adulto responsable en la crianza; además, en la mayoría de los casos se desenvuelven en condiciones socioeconómicas muy precarias, y contextos comunitarios adversos, en que existe disponibilidad de drogas, fácil acceso a armas y desorganización social. Otros de los factores de riesgo recurrentes en estos jóvenes es estar fuera del sistema educacional formal, presentar consumo de sustancias, asociarse con pares con conductas disruptivas, entre otros (Mettifogo y Sepúlveda, 2002; Vanderschueren y Lunecke, 2004; Hein, 2004).

Por su parte, Rioseco et al (2009) señala diversos factores asociados a la conducta delictiva juvenil, que se sitúan en un continuo que va desde el nivel individual hasta el sociocultural. Según esto, junto a los factores asociados al entorno que inciden sobre la probabilidad de que un joven cometa ilícitos o desarrolle comportamientos violentos, los factores de carácter individual inciden de manera significativa en el fenómeno. Por lo tanto, un número importante de jóvenes que incurrir y mantienen conductas disruptivas tiene características personales que lo vuelven vulnerable a la adquisición de estas conductas.

Según los mismos autores, los factores individuales que más relevancia tienen son aquellos de *carácter psicológico*, dentro de los cuales tienen mayor significancia la impulsividad, hiperactividad, el débil control personal, un nivel de inteligencia bajo y la falta de concentración. Estos factores individuales, sumados a las condiciones socioculturales deprivadas y favorables para este desarrollo desadaptativo en el que suelen desenvolverse estos jóvenes, potencia el desarrollo y mantención de conductas ilícitas.

2.4. Salud mental en jóvenes infractores

2.4.1. Identificación y pesquisa temprana de trastornos en salud mental en el sistema de justicia juvenil

Los factores de riesgos psicológicos que predisponen al sujeto a la comisión de delitos, pueden ser indicadores de problemáticas en salud mental, que a su vez pudieran estar influyendo en la incursión y mantención de estas conductas ilegales, y en conjunto interfiriendo en la calidad de vida de los sujetos. A partir de esto, se evidencian importantes ventajas al detectar precozmente los problemas de salud mental en los jóvenes que ingresan al Sistema de Justicia Juvenil, el que puede gatillar o consolidar trastornos, en especial en aquellos jóvenes con problemas graves de salud mental.

En el caso de los cuadros psicóticos por ejemplo, los pacientes requieren de uso de psicofármacos y de continuidad en la atención, por lo que eventualmente debieran ser derivados a centros especializados de atención como son los Hospitales de Corta Estadía. En estos centros es posible dar continuidad al tratamiento, monitorear y realizar los ajustes necesarios a los esquemas de intervención prescritos. Por otro lado, en diversos cuadros psiquiátricos, los jóvenes presentan riesgo de autoagresión o de agresión a terceros, y al identificar tempranamente a esta población de riesgo, es posible reducir la probabilidad de suicidio, en la medida que aquellos jóvenes que presenten ideación suicida grave pudieran ser incorporados a programas de vigilancia o supervisión, o bien ser derivados a un centro de atención especializada (Grisso, 2005; Mash & Dozois, 2003).

Por otro lado, se podrían identificar también a aquellos jóvenes que presentan conductas violentas o agresivas de manera intensiva y/o recurrente, para decidir el lugar de colocación más adecuado dentro de los recintos, de acuerdo al riesgo (incluso considerar el aislamiento). Otra potencial ventaja de la identificación temprana de patología de salud mental, es prevenir el desarrollo de trastornos mentales graves en el futuro, varios de los cuales están vinculados con el crimen y la violencia, reduciendo la mantención de estas conductas (Grisso, 2005; Mash & Dozois, 2003).

Con los beneficios mencionados respecto de la pesquisa oportuna, se identifica la necesidad de aplicar algún tipo de instrumento de tamizaje que permita, en el primer contacto con el joven, distinguir aquel subgrupo de mayor riesgo y que requerirá de una evaluación más

exhaustiva. Este tipo de screening, es útil en aquellos sistemas que tienen recursos limitados y por lo tanto, no pueden responder de forma integral o inmediatamente. Además, el tener una clara medida de la magnitud de los problemas de salud mental, permitiría el desarrollo e implementación de planes y programas con una adecuada asignación de recursos.

Debido a lo anterior, resulta necesario identificar las características en salud mental de esta población de riesgo, para lo que a continuación se realizan revisiones de estudios internacionales y nacionales respecto al tema.

2.4.2. Cifras a nivel internacional y estudios previos

Diversas investigaciones internacionales muestran una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos y de salud mental en la población de jóvenes infractores que cumplen sentencia en Centros de justicia. Uno de los mayores estudios realizados en los EE.UU. sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos, es el que se realizó con una muestra de 1.829 menores de edad en un Centro de Detención en Estados Unidos, Illinois: “The Northwestern Juvenile Project”. Este estudio concluyó que casi dos tercios de los hombres y las tres cuartas partes de las mujeres cumplían con los criterios diagnósticos para uno o más trastornos psiquiátricos a través de la Entrevista Diagnóstica para Niños (DISC, versión 2.3) (Teplin et al, 2002; Abram et al, 2003).

En el Reino Unido también existen estudios que muestran una alta prevalencia de problemas de salud mental; los jóvenes que se encuentran en el Sistema de Justicia Juvenil tienen una prevalencia tres veces mayor que la de la población general (Hagell, 2002). Una investigación encargada por la Youth Justice Board (YJB) en el año 2005, en la que participaron 301 jóvenes infractores (151 en custodia y 150 en la comunidad), se llevó a cabo en seis áreas geográficas representativas en Inglaterra y Gales. Cada sujeto fue entrevistado para obtener información demográfica, de salud mental y datos de las necesidades sociales (Chitsabesan et al, 2006). Este estudio concluyó que el 31% de la muestra tenía necesidades de salud mental, sin diferencias significativas entre aquellos que se encontraban en custodia o en medio libre. Los diagnósticos encontrados son los siguientes:

- 18% Trastorno Depresivo
- 10% Trastorno por Ansiedad
- 9% Trastorno de Estrés Post-Traumático (PTSD)
- 7% Hiperactividad
- 5% Síntomas Psicóticos

En otro estudio realizado en el Reino Unido, para detectar las necesidades de las mujeres recluidas en instituciones para Jóvenes Infractores (YOIS) se evidencian porcentajes significativos de patologías. El estudio encontró que el 71% de las adolescentes presentaban

algún Trastorno Psiquiátrico. El 36% se habían autoagredido en el últimos mes, siendo la mayoría de estas autoagresiones, cortes (92%) (Douglas y Plugge, 2006).

Cabe destacar una revisión sistemática realizada por la Universidad de Oxford en el Reino Unido, la que consiste en un meta-análisis que compiló 25 estudios psiquiátricos, incluyendo un total de 16.750 adolescentes encarcelados (13.778 hombres y 2.972 mujeres), de los cuales la edad promedio era de 15.6 años, con un rango entre los 10 y 19 años. En este estudio, los hombres fueron diagnosticados con un 3.3 % para Trastornos Psicóticos, un 10.6% para Trastorno Depresivo Mayor, un 11.7% para Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, y un 52.8% para Trastornos de Conducta. En relación a las mujeres, el 2.7% fue diagnosticada con un Trastorno Psicótico, el 29.2% con Trastorno Depresivo Mayor, el 18.5% con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, y el 52.8% con Trastornos de Conducta. El Trastorno de Conducta fue el más frecuente de los trastornos estudiados, con un poco más del 50%, sin diferencia de sexos, debido probablemente a la superposición de síntomas entre este cuadro y el Trastorno de Conducta Antisocial (Fazel et al. 2008).

Se concluye en el estudio mencionado, que los Trastornos Mentales son mucho más frecuentes en los adolescentes en condiciones de privación de libertad que en la población general del mismo grupo etario. Los Trastornos de Conducta son los que presentan una mayor prevalencia en este grupo, la que es de 10 a 20 veces mayor que la estimada para la población general en el caso de las mujeres, y de 5 a 10 veces mayor en los hombres. Los adolescentes hombres en condición de detención presentaron un riesgo 10 veces mayor para presentar Psicosis en relación a población general, y las mujeres detenidas presentaron un riesgo de 4 a 5 veces mayor para Trastorno Depresivo Mayor. Por otro lado, para el TDAH el riesgo es de 2 a 4 veces mayor que las estimaciones para la población general del mismo grupo etario.

En un reciente meta análisis realizado por Costello et al. (2006), en que se incluyeron 26 estudios, con la observación de 60.000 niños y adolescentes, se sugiere que las diferencias de género no son significativas para la depresión de los adolescentes en la población general. Por lo tanto, los resultados actuales implican que la conducta antisocial en las mujeres constituiría un factor de riesgo para la presencia de cuadros depresivos en condición de privación de libertad. Las mujeres presentarían entonces, una mayor vulnerabilidad para la presencia de estos cuadros en esta condición.

La alta prevalencia de cuadros Depresivos en los jóvenes encarcelados, indica la necesidad de identificar mejor los factores que contribuyen al desarrollo de este trastorno en este subgrupo más vulnerable (McCarty et al, 2006). Investigaciones previas con muestras de población en general, han sugerido que niveles altos de estrés, con bajos niveles de apoyo de los padres se asocian con depresión en los jóvenes. Sin embargo, esta asociación no es lo suficientemente clara en el caso de los jóvenes privados de libertad, que constituyen un grupo vulnerable. Utilizando una muestra de 228 adolescentes (13-18 años) que fueron detenidos en el Sistema de Justicia Juvenil, el estrés y el apoyo de los cuidadores se modelaron como variables independientes entre los principales factores de riesgo en relación a la presencia de síntomas

depresivos. Sólo los eventos estresantes en la vida se asociaron más fuertemente con los síntomas depresivos en niños en comparación con las niñas.

Esta mayor proporción de trastornos en menores de edad asociados al sistema de justicia juvenil en comparación con la población general, sugieren que la Depresión, TDAH, y Enfermedad Psicótica se asocian con delincuencia, con el impacto de la detención o prisionización y / o con el desarrollo de conducta antisocial, directa o indirectamente (por ejemplo, a través de la adversidad socioeconómica, el exceso de conflicto familiar, maltrato infantil, trastornos de conducta comórbidos o trastorno por uso de sustancias) (Costello, 2003). En relación a esto, resulta necesario realizar estudios de seguimiento de estos jóvenes que ingresan al Sistema Judicial Privativo de libertad, para identificar la contribución relativa que tiene la condición de prisionización en la génesis y mantención de Trastornos Psiquiátricos.

Por su parte, es posible evidenciar que el riesgo de suicidio se asocia con la presencia de enfermedad mental, a los trastornos del ánimo y a la presencia de autoagresión deliberada en menores en el sistema judicial. La Academia Americana de Psiquiatría para Niños y Adolescentes ha propuesto en las Guías Prácticas, que todos los jóvenes deben ser evaluados al momento de su ingreso al Sistema judicial, para detectar trastornos mentales y riesgo de suicidio. En estas recomendaciones de la Academia se pone énfasis en la necesidad de abordar en forma integral el riesgo de suicidio y de abuso de sustancias. Lo anterior, principalmente porque los trastornos mentales son factores de riesgo para la conducta suicida, y el suicidio en los jóvenes detenidos es mucho mayor que en la población general de la misma edad. En un estudio longitudinal de seguimiento de más de 26 años, realizado en el Reino Unido la prevalencia fue 18 veces más alta (Fazel, 2005). La Academia recomienda también el monitoreo tras el examen inicial, con especial atención en aquellas instituciones más grandes, en que se limita el seguimiento de la población, a menos que el comportamiento sea muy perturbador

Los altos niveles de problemas de salud mental también se han reportado en mujeres delincuentes juveniles en Australia (Dixon et al, 2004). Las comparaciones realizadas entre los delincuentes y población general en este estudio reportaron niveles significativamente más altos de Trastornos de Conducta (CD), Trastornos por Abuso de Sustancias, Depresión y Trastorno por Estrés Postraumático en la población infractora. Los autores concluyeron que estas tasas de prevalencia tan altas, plantean un desafío para el Sistema de Justicia Juvenil y el posterior acceso a los servicios de salud mental.

A pesar de los altos niveles detectados de Trastornos de Salud Mental, el acceso a este tipo de atención en el Sistema de Justicia Juvenil, es deficiente. La investigación ha demostrado que sólo un 20% de los jóvenes deprimidos que se encuentran privados de libertad, y sólo el 10% de adolescentes portadores de otros Trastornos, reciben tratamiento (Domalanta et al, 2003). Este autor norteamericano realizó un estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos en una muestra de 1024 jóvenes detenidos (274 mujeres y 750 hombres), con una edad

promedio de 15.3 años en hombres y 14.9 años en mujeres, y del total de la muestra los Trastornos Depresivos se detectaron en el 26% de los hombres y en el 31% de las mujeres.

Por otra parte, ha habido menos investigación sobre la incidencia de problemas de aprendizaje, respecto de esto, estudios evidencian que uno de cada cinco jóvenes identificados con alguna discapacidad de aprendizaje tiene un CI de menos de 70, en tanto un 36% tiene un índice de inteligencia en el límite de aprendizaje y discapacidad (70-79) (Chitsabesan et al, 2006). Otras investigaciones han demostrado que el 52% de los jóvenes asisten a algún programa orientado a quienes presentan necesidades especiales en educación (Stallard et al, 2003). Independientemente de la incidencia, es claro que una alta proporción de jóvenes bajo el cuidado del sistema de justicia juvenil pueden presentar Trastornos de Aprendizaje.

2.4.3. Estudios a nivel nacional

En la realidad nacional, en tanto, se cuenta con escasos estudios que den cuenta de la prevalencia real de trastornos psiquiátricos y de salud mental en la población que cumple condena en medios privativos de libertad. Se hace mención al estudio realizado por Rioseco et al. (2009), el que concluye que de un universo de 100 jóvenes de ambos sexos, en el rango etéreo de 12 -17 años, infractores de ley ingresados a alguna dependencia del sistema judicial penitenciaria o de protección, un 90% presentó algún diagnóstico psiquiátrico durante los 12 meses previo a la entrevista, en comparación con grupo de control, que presentó en un 41%.

Complementando el estudio anterior con información del meta análisis de Fazel et al. (2008) es posible citar otros hallazgos significativos respecto al riesgo de trastornos en salud mental. Así por ejemplo, el trastorno de conducta entre las mujeres infractoras de ley, es entre 10 y 20 veces mayor que en la población general, y en los varones es 5 a 10 veces superior. Por su parte, para cuadros psicóticos el riesgo encontrado por los autores fue 10 veces mayor en la población adolescente privada de libertad y para TDAH fue entre 2 a 4 veces superior. Finalmente, el riesgo de trastornos depresivos fue entre 4 y 5 veces mayor para las adolescentes en régimen cerrado y 2 veces mayor para los hombres de esa población. Este patrón general de mayor riesgo de presentar trastornos mentales ha sido confirmado por otros estudios como el de Collins *et al.* (2010), detectándose las mayores diferencias a nivel de trastornos externalizantes.

Otro aspecto relevante corresponde a la significativa diferencia en la distribución de la capacidad intelectual entre adolescentes infractores y no infractores; mientras que de estos últimos un 74% alcanza un rango de inteligencia normal, un 23% se encuentra por sobre esta clasificación, y sólo un 3% está catalogado como normal lento. En contraposición, el 16% de los adolescentes infractores de ley fue evaluado con una inteligencia normal promedio y el 78% está dentro de categorías de clasificación que reflejan un potencial intelectual deficitario (Collins et al. 2010).

Por otra parte, el Ministerio de Salud de Chile (2007) indica que la prevalencia de problemas de salud mental en jóvenes infractores se puede estimar en cifras que van de un 25% a un 81% de la población, siendo más altos los porcentajes correspondientes a personas privadas de libertad.

Un estudio realizado por la Universidad Católica (2007), detectó que un grupo no menor de adolescentes infractores presenta patologías de salud mental tales como depresión (34%), ansiedad y trastornos del sueño (37%), psicosis y paranoia (23%). Estas patologías son mayores entre mujeres y aumentan con la edad, lo que según los autores está muy relacionado con el régimen de detención, puesto que los adolescentes de mayor edad (17 a 19 años) se encuentran en mayor medida en centros privativos de libertad. En efecto, 50% de los adolescentes en centros privativos presenta depresión, 55% ansiedad y trastornos del sueño, y 36% psicosis y paranoia, en cambio en los centros no privativos las primeras dos patologías sólo alcanzan a un tercio de la población y la tercera a un 21%. Además, en el mismo estudio se evidenció que todas las patologías están fuertemente asociadas con el uso de drogas, especialmente con el abuso de cocaína, y también están asociadas fuertemente con la dependencia a las drogas en general. Las asociaciones más fuertes se dan con ansiedad y trastornos del sueño, controlando la edad, sexo y régimen de detención.

En el citado estudio de la Universidad Católica (2007) además se midieron trastornos de personalidad, el de mayor incidencia en adolescentes infractores es la hiperactividad y déficit atencional (47%), seguido por la disposición al riesgo (37%), otros que también se evidencian pero en menor medida son; impulsividad (29%), irritabilidad (20%) y baja autoestima (16%). En estos indicadores no se observan diferencias importantes entre sexo, edad o régimen de detención, salvo que irritabilidad y autoestima tienen más presencia en centros privativos (el primero 25% contra 19%, el segundo 28% contra 14%). En tanto, todos los trastornos de personalidad se asocian positivamente al uso, abuso y dependencia al consumo, sin embargo solo la disposición al riesgo y la irritabilidad muestran asociaciones significativas.

Por último, un estudio realizado por la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile en los Centros de Administración Directa de SENAME, tanto del área de protección de derechos como de infractores de ley, evaluó clínicamente a 108 niños, niñas y adolescentes que presentaban las alteraciones conductuales más severas, en los cuales se confirmó que el 100% presentaban algún tipo de trastorno de salud mental. Los principales diagnósticos encontrados fueron; trastornos de conducta (41,6%), desorden oposicionista desafiante (24,1%), déficit atencional (26,8%), depresión mayor (20,4%), riesgo de suicidio (21,3%), trastornos bipolares (17,6%), dependencia de alcohol (17,6%), problemas de drogas (abuso y dependencia de sustancias, 15,8 y 11,1% respectivamente), trastorno de pánico (9,2%), trastorno post-traumático (8,3%), trastorno psicótico (7,4%), distimia (6,5%), entre otros.

A partir de la revisión de estudios internacionales y nacionales, es posible evidenciar la alta prevalencia de Trastornos Psiquiátricos y de Salud Mental en población de adolescentes que

infringen la ley, lo que devela la necesidad de contar con atención psiquiátrica adecuada y pertinente, sobre todo para aquellos que cumplen condena en Centros Privativos de libertad.

Continuando con lo mencionado, la pesquisa precoz, el diagnóstico y tratamiento oportuno en el área de salud mental, favorece de manera significativa la reducción de daño, y por tanto aumentan exponencialmente las probabilidades de obtener mejores resultados en los programas de intervención a los que son incorporados estos jóvenes. Debido a lo anterior, es de suma importancia que aquellos sujetos que son portadores de problemas graves de Salud Mental, reciban tratamiento adecuado mientras estén cumpliendo su sanción, de manera de contribuir a la disminución de su vulnerabilidad y favorecer su reinserción psicosocial en los distintos sistemas, propiciando la adquisición y mantención de conductas sanas y pro sociales. La investigación muestra incluso, que el alcance de proveer de atención en Salud Mental, puede llevar a una disminución de la reincidencia en delitos (Cottle C. et al, 2001).

Un problema comúnmente asociado a trastornos mentales y a las conductas delictivas de los adolescentes infractores de ley, es el consumo problemático de sustancias ilícitas.

2.4.4. Consumo de drogas en adolescentes infractores de ley

El consumo de drogas ilegales y la conducta delictiva son, por definición, actividades que implican un enfrentamiento con las normas y las leyes sociales, es decir, que pueden incluirse dentro del amplio marco de las conductas socialmente desviadas. Según diversos autores, entre ellos Pacheco (2008), es común que ambas conductas se presenten juntas, principalmente en el período de la adolescencia, en que los sujetos están susceptibles a presentar conductas de riesgo

El compromiso con el uso de alcohol y drogas en adolescentes infractores de ley es extremadamente alto, prácticamente todos han usado marihuana alguna vez en la vida y la mitad se ha iniciado en cocaína y/o pasta base. Asociado con lo anterior, el uso reciente de droga antes de la comisión de un delito también es muy significativo. Uno de cada dos adolescentes infractores de ley, declara haber estado usando marihuana en el último mes antes de ser detenido y uno de cada cuatro, declara haber estado usando cocaína y/o pasta base. Por su parte, los infractores privados de libertad declaran un compromiso con drogas mucho más severo, en uso reciente antes de ser detenidos, las proporciones son dos de cada tres en marihuana y uno de cada dos en cocaína (CONACE, 2001).

Por otro lado, según estudio de prevalencia de la Universidad Católica (2007) las prevalencias alguna vez en la vida de consumo de marihuana en adolescentes que infringen la ley penal, alcanzan a cerca del 80% y en cocaína total bordean el 50%, mientras que las prevalencias de último año o uso reciente son sólo ligeramente inferiores: cerca de 70% en marihuana y casi 40% en cocaína total. Las declaraciones de referencia en población escolar del mismo rango de edad (14 -19 años) arrojan estimaciones de alrededor de 20% de marihuana y 7% de

cocaína alguna vez en la vida, y de 15% y 5% en prevalencias de último año: las diferencias tienen razones aproximadas de 1 a 4 en marihuana y de 1 a 8 en cocaína. Es decir, los jóvenes infractores presentan altos niveles de uso de drogas comparado con la población general. Junto con esto, el mismo estudio hace referencia a que el consumo de drogas en esta población ha ido en aumento, en desmedro de la percepción de riesgo que tienen los jóvenes respecto de este consumo.

Con lo anterior, se señala que la mayoría de las personas que delinquen persistentemente, usan drogas con frecuencia y que la dependencia a las drogas puede estar asociada a conductas delictivas. No obstante, tanto las prácticas delictivas, como el consumo problemático de drogas, han sido relacionados con otros factores de riesgo, entre ellos el nivel socioeconómico de los sujetos. Esto último añade complejidad al vínculo entre delincuencia y uso de drogas. (Stevens, Trace & Bewley-Taylor, 2005).

2.4.5. Relación entre consumo de drogas y salud mental

Una de las consecuencias más serias de la dependencia a drogas de niños y adolescentes es el aumento de los problemas emocionales y conductuales. La co-ocurrencia de dificultades emocionales severas y el abuso a drogas no es una coincidencia. Algunos utilizan drogas como forma de afrontar los conflictos que enfrentan, mientras para otros, el uso de drogas exacerba problemas emocionales ya existentes. Algunas investigaciones sugieren un importante rol del uso de drogas en la etiología y prognosis de desórdenes psiquiátricos, como trastornos afectivos, desórdenes conductuales y personalidad antisocial, síndrome de déficit atencional con hiperactividad, y desórdenes de ansiedad (Chambers, 1999; Ghodse, 2002). Las patologías psiquiátricas también tendrían un rol central en la etiología y en la vulnerabilidad al uso problemático de sustancias en jóvenes (Smith y Springer, 1998).

Hay evidencia que señala que la dependencia a drogas está fuertemente asociada con trastornos de salud mental, especialmente ansiedad y daño cognitivo, aunque también psicosis y depresión; el abuso de drogas, en cambio, aparece menos asociado con estos trastornos, salvo ansiedad y trastornos del sueño que ofrece una asociación poderosa en ambos casos. Los trastornos de personalidad son más convergentes, los más significativamente relacionados con abuso y dependencia son la disposición al riesgo (temeridad) y la irritabilidad. En su conjunto, el abuso y dependencia está asociado con daños severos en salud mental y personalidad que requieren atención médica de alta especialización, por lo que programas de baja intensidad, como los que se usan en población escolar normal no alcanzarían su objetivo (Smith y Springer, 1998).

Continuando con lo anterior, la presencia de trastornos psicológicos como la depresión, ansiedad o desórdenes conductuales es elevada en adolescentes infractores de ley, lo que se ve acentuado si estos además presentan consumo abusivo de sustancias. Del mismo modo, el

inicio temprano del uso de drogas o alcohol se ha vinculado a la aparición de posteriores cuadros psicopatológicos (Winters, 1999 en Canelo et al 2009). En Estados Unidos, el Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias –CSAT- (1999) indica que el uso de drogas también afecta el desarrollo normal del adolescente obstaculizando el logro de una identidad pro-social, así como la adquisición de habilidades interpersonales y académicas. Así, adolescentes que consumen regularmente drogas se caracterizan por ser inmaduros, tener un pobre control de impulsos, dificultades para postergar la gratificación o tolerar situaciones no agradables. En resumen, el consumo perjudicial y/o dependencia en adolescentes, afecta el logro de una serie de tareas propias de esta etapa del desarrollo, las que de no cumplirse pueden significar un menoscabo en el desarrollo integral posterior.

Además de lo anterior, es posible identificar que el consumo de drogas en adolescentes infractores de ley perpetúa la permanencia en el consumo e influye en la dinámica delictiva, así como también en la incursión de otras conductas de riesgo tales como: peleas, vandalismo y actividad sexual temprana. Es por esto que al intervenir con esta población es necesario observar en detalle la presencia de problemas conductuales, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas; los cuales en muchos casos pueden estar relacionados (Steinberg, 2008; Schulenberg et al., 2001; Winters, 2001).

De esta manera, es posible evidenciar algunas asociaciones entre conductas disruptivas, consumo de sustancias y salud mental, fenómenos que presentan factores de riesgos asociados, presentándose comúnmente de manera simultánea. Junto con esto, otro aspecto que es necesario tener en cuenta al momento de abordar e intervenir con estos jóvenes, es el contexto judicial en el que se desenvuelven, sobre todo si éste corresponde a una sanción privativa de libertad, debiendo considerar los efectos en la salud mental, física y en un desarrollo adecuado que produce la situación de encierro.

2.4.6. Efectos de la prisionización

Otro elemento que es fundamental tener en cuenta al momento de intervenir con jóvenes que se encuentran privados de libertad tiene que ver con los efectos de encarcelamiento, la forma en que los que ingresan a un centro de reclusión cerrado deben adaptarse al sistema del recinto, adaptación que resulta funcional para esa forma de relación en particular, pero poco sana para un desarrollo adecuado. La prisionización ha sido entendida en términos de la asimilación por los internos de hábitos, usos, costumbres, y cultura de la prisión, así como una disminución general del repertorio de conducta de los mismos, por efecto de su estancia prolongada en el centro penitenciario (Clemmer, 1940; Pinatel, 1969; Goffman, 1979). Estos efectos tendrían lugar tanto durante el período del encarcelamiento de los sujetos como en su posterior vida en libertad.

De esta manera la prisión como “vida artificial” no sólo implica la exclusión del sistema social mayor del cual proviene el individuo, sino que puede presumirse la existencia dentro de la prisión de una subcultura propia que rige la vida los internos, que se manifiesta en normas, costumbres y valores (Crespo, 2007). Según Sykes y Messinger (1960; en Crespo, 2007), puede observarse con independencia del número de internos y la diversidad de los mismos, un sorprendente y compenetrado sistema de valores, que toma la forma de un código explícito, cuyas normas sirven de guía y de control para la conducta de internos en su relación con otros internos y los guardias.

Según Clemmer (en Crespo, 2007), la adquisición de esas normas de vida carcelarias depende del nivel de inclinación o interés por aspectos sociales de la persona, su personalidad y otras variables como el contacto permanente con personas fuera de prisión. El mismo autor definió un conjunto de variables que se asocian con altos y bajos niveles de prisionización, denominándolos factores universales e individuales. Los factores universales de prisionización son los que afectan a todos los internos por igual, y cuya consecuencia es asumir una parte de la cultura de la prisión. Por su parte, los factores individuales son los que afectan al interno en forma diferencial para que adquiera en mayor grado aspectos determinados de la cultura de la prisión

La investigación realizada por Wheeler (2004), indica que los niveles de prisionización varían según el tiempo de encarcelamiento: un bajo nivel de prisionización al inicio de la condena y en el tiempo próximo al cumplimiento de la misma; y un elevado nivel de prisionización a la mitad del cumplimiento de la condena.

Según el mismo autor, entre los efectos más destacables de la prisionización se encontrarían los siguientes:

- Un aumento del grado de dependencia de los sujetos encarcelados, debido al amplio control conductual al que se ven sometidos, en que la mayoría de las decisiones que afectan su vida diaria le son impuestas, escapando a su propio control. De esta manera la localización del control se desplazaría al polo externo, atribuyendo las causas del propio comportamiento fuera de ellos mismos (Rotter, 1966).
- Devaluación de la propia imagen y disminución de la autoestima (Coopersmith, 1959). En términos generales, se ha sugerido que el sistema social informal de la prisión influenciaría negativamente la autoestima y la autopercepción de los sujetos (Smith y Hogan, 1973).
- Aumento de los niveles de dogmatismo y autoritarismo de los internos, que se traduciría en su mayor adhesión a valores carcelarios (Baron, 1968).
- Por último, algunos autores señalan que en el proceso de prisionización también se produciría un aumento en el nivel de ansiedad de los encarcelados (Sykes, 1958).

Perline y Pertersen, desarrollaron una investigación que consideró los modelos de la privación, de la importación y el auto-concepto para explicar la prisionización (Perline & Pertersen, 1999; citados en Crespo, 2007). El modelo de la privación indica que los problemas y las presiones que son consecuencia de la experiencia de encarcelamiento, crean la subcultura del interno, debido a factores como la pérdida de libertad o restricción de los movimientos, pérdida de la autonomía y la dirección, la falta de relaciones heterosexuales normales, la privación de buenos servicios y pérdida de la seguridad. Es decir, la vida de la prisión facilita la creación de una subcultura carcelaria, y la prisionización sería un proceso de adaptación a la privación de la vida en prisión.

Respecto a personas adolescentes esta situación sería aún más compleja, debido a la tarea crítica que atraviesan de construir su identidad. Soto y Viano (2007) indican que la evidencia señala que la privación de libertad por tiempos prolongados y desde una corta edad, tiene como resultado un tipo de socialización diferente en el individuo. La pérdida importante del contexto social (familia y grupo de pares), del sujeto que es recluso afecta profundamente la identidad de los sujetos.

Continuando con las autoras citadas, los efectos de la privación de libertad son muy negativos tanto para la construcción de la identidad como para la integración social positiva; y esos efectos podrían consolidar una identidad delictual a través del aumento de las conductas violentas y de reacciones de frustración. Junto con estos, se ve fuertemente alterado su desarrollo sano, contribuyendo a alteraciones físicas y mentales de los internos.

Los estudios de los efectos de la privación de la libertad, han destacado el efecto del hacinamiento, la higiene y salud de los internos y de los establecimientos penitenciarios, la ineficacia de los modelos educativos en las prisiones, la ocupación laboral y el estrés en el ámbito penitenciario. Un factor que tiene una gran influencia sobre los internos es la afectividad, ya que los estudios muestran que la depresión, la desesperanza y los intentos de suicidio son las manifestaciones psicopatológicas más frecuentes entre los internos (Herrero y León, 2006).

Herrero y León (2006) indican que la investigación ha señalado que los episodios depresivos son agravados por los factores familiares, escolares, laborales y sociales que posea el individuo antes de ingresar a prisión, los que se ven fuertemente intensificados por su estancia privado de libertad. Es decir, la inadaptación subjetiva del individuo tendría una mayor relación con esos antecedentes personales que son las variables del ambiente carcelario.

De esta manera, los contextos adversos y vulneradores de desarrollo, el recurrente consumo de sustancias ilícitas, las trayectorias delictivas y el contexto de privación de libertad, son factores de riesgos que se encuentran asociados de manera importante al desarrollo y consolidación de trastornos en salud mental en jóvenes infractores de ley, los que deben ser

intervenidos de manera oportuna e integral, para intencionar no sólo un mejor desarrollo, sino propender a una reinserción social real y al desistimiento de la conducta delictiva.

Con todos los antecedentes presentados a lo largo de la revisión teórica, se evidencia la importancia de pesquisar y diagnosticar las condiciones respecto a la salud mental de estos jóvenes, pero sobre todo con aquellos que ingresan a centros de régimen cerrado al cumplimiento de una condena privativa de libertad. Esto resulta vital no sólo por el impacto en su desarrollo global, sino por las potenciales perturbaciones en ese ámbito que posiblemente ya presentan, que probablemente estén relacionadas con sus conductas disruptivas. De esta manera, resulta fundamental poder confeccionar su intervención de manera individualizada, articulando las redes necesarias para poder atender las necesidades particulares de cada sujeto, buscando no sólo respetar sus derechos sino trabajar un su proceso real y efectivo de reinserción social.

3. METODOLOGÍA

3.1. Grupo de estudio

Se definió la población como aquellos adolescentes que se encontraran cumpliendo penas de internación en régimen cerrado al 1 de junio de 2011 y que permanecieran vigentes al menos hasta el 30 de septiembre de dicho año. Se excluyeron del estudio quienes se encontraban cumpliendo sanciones temporales por quebrantamiento de medida menos gravosa, tuvieran proyecciones de egreso por sustitución de medidas o remisión de la pena, o fueran a ser trasladados a otro centro

Tabla 1

Adolescentes derivados inicialmente por los centros a equipo investigador

	Graneros	Limache	San Bernardo	Santiago	Totales
Total Mujeres	1	0	0	7	8
Total Hombres	28	63	201	0	292
Población Total	29	63	201	7	300

Tabla 2

Edad, tiempo de permanencia y duración de condena de adolescentes derivados

	Graneros		Limache		San Bernardo		Santiago	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Edad	18,15	1,15	18,34	1,43	19,80	1,30	18,97	1,36
Tiempo de permanencia en meses *	7,95	5,16	11,15	9,43	8,70	6,32	15,94	8,13
Duración de la condena en meses **	45,32	20,18	51,01	23,95	45,40	21,55	61,74	32,05

* El tiempo de permanencia corresponde al periodo transcurrido desde la fecha de ingreso al centro informada por el Servicio en la base Senainfo al 1 de junio de 2011.

** La información sobre la duración de la condena fue entregada por el Servicio y corresponde a la información ingresada en la base antes referida.

3.2. Instrumentos de recolección de información

3.2.1. Cuestionario de tamizaje de salud mental para Adolescentes (CESMA)

Distintas definiciones describen el tamizaje como un proceso breve diseñado para identificar a los jóvenes que están en mayor riesgo o tienen una mayor probabilidad de presentar trastornos que requieren atención inmediata, intervención, o una evaluación más profunda (Grisso & Underwood, 2003). El tamizaje no pretende ofrecer un diagnóstico psiquiátrico preciso, sino más bien para identificar a los jóvenes con problemáticas particularmente complejas, que requieran respuestas rápidas o especializadas.

El CESMA es un cuestionario de tamizaje amplio y rápido en su aplicación, para 8 problemas de salud mental comunes o importantes en la adolescencia (Consumo de alcohol, consumo de drogas, depresión, experiencias traumáticas, ansiedad y preocupaciones excesivas/estrés, autolesiones, déficit atencional con hiperactividad, síntomas psicóticos). Es una herramienta a utilizar cuando el adolescente se encuentra en momentos claves del desarrollo, bajo situaciones de estrés o en aquellos jóvenes que se cree están en alto riesgo. Permite evaluar el proceso, ya que es posible replicarlo en distintos momentos, entendiendo que la salud mental del adolescente cambia con el tiempo. Al ser un instrumento de tamizaje, es aplicable por cualquier interventor con una breve capacitación previa en su aplicación, permitiendo determinar si es necesaria la derivación a un especialista (Borrad Harrington & Bailey 2005, Perry et al., 2008).

En relación con los aspectos formales el CESMA consta de tres partes:

La sección A, se centra en las primeras seis áreas de salud mental antes mencionadas, y para cada área se realizan 2 preguntas directamente al adolescente. Las preguntas se puntúan de acuerdo a una escala basada en el criterio de frecuencia en la que va desde No (0 pts) a Sí a menudo (2 pts). Se calcula la puntuación total de las 6 áreas de salud mental, y se consigna. El cuestionario indica las respuestas apropiadas para cada nivel de puntaje.

En la sección B se busca explorar si el joven ha tenido anteriormente problemas de salud mental, ha sido atendido por profesionales o tratamientos previos. Esta información se le consulta directamente al adolescente. Cualquier respuesta afirmativa lleva a recomendar la derivación a evaluación. En el caso de este estudio, las respuestas a afirmativas a este grupo de ítems implicaban la aplicación de la entrevista de diagnóstico que se describe en el siguiente instrumento.

La sección C se refiere a las áreas de hiperactividad con déficit de atención y a los síntomas psicóticos. La puntuación de estas preguntas se basa en la observación directa de un encuestador y las observaciones de otras personas que conocen al joven durante un período de tiempo prolongado; por tanto, estas preguntas no son formuladas directamente al joven. Durante el estudio estas preguntas se realizaron a un profesional interventor clínico o

educadora cargo de la internación del joven. La puntuación de este apartado es idéntica a la de la sección A.

En el contexto del este estudio la utilización de este instrumento tuvo por objetivo pesquisar aquellos y aquellas adolescentes para quienes existía sospecha de problemas de salud mental que requirieran la aplicación de una evaluación más comprehensiva.

3.2.2. Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV)

De acuerdo con Le Couteur y Garner (2008) el uso de entrevistas estructuradas para el estudio de los problemas de salud mental ofrece algunas ventajas entre las cuales se encuentran proporcionar un marco de referencia establecido para obtener información según criterios predefinidos. Estos autores mencionan como otra ventaja el hecho de que sus características psicométricas sean publicadas. Además incorporan los criterios diagnósticos vigentes, lo que minimiza el riesgo de la variabilidad en la información atribuible a sesgos del entrevistador.

El Disc IV es una entrevista estructurada desarrollada por el instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) y distintos investigadores de ese país. Es el instrumento estructurado más difundido que se utiliza en el diagnóstico de problemas psiquiátricos en niños y adolescentes, sin necesidad de ser aplicado por especialistas. El DISC- IV clasifica los trastornos de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Indaga respecto a 3 marcos temporales incluyendo el último mes, los últimos 12 meses y durante el transcurso de la vida. Permite el diagnóstico de 34 trastornos mentales, incluyendo trastornos de tipo ansioso, trastornos del ánimo, esquizofrenia, trastornos de comportamiento disruptivo, trastornos por uso de sustancias y trastornos misceláneos, principalmente de la conducta alimentaria y trastornos de inicio en la infancia (Shaffer et al., 2000). Además del diagnóstico del trastorno este instrumento indaga respecto de los niveles de la significación clínica de los síntomas, evaluándola a partir del malestar o impedimento que producen los síntomas en distintos ámbitos de desenvolvimiento (Cova, et al., 2008).

Se estructura en 8 módulos (Manual del Entrevistador de Disc IV, 2007):

Módulo I: Sección introductoria que se estructura de la siguiente forma. Introducción de la entrevista, datos demográficos (edad, curso, figuras vinculares), confección de línea de tiempo.

Módulo A: Trastornos de tipo ansioso incluyendo fobia social, ansiedad de separación, fobia específica, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, mutismo selectivo, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático.

Módulo B: Trastornos Misceláneos: donde se incluyen anorexia, bulimia, trastornos de la eliminación, tics, pica y tricotilomanía

Módulo C: Trastornos del Ánimo donde se incluyen el trastorno depresivo mayor, distimia, y el episodio maniaco/hipomaniaco.

Módulo D: Esquizofrenia

Módulo E: T. de comportamiento disruptivo. Este modulo incluye preguntas cerca de trastorno de déficit atencional DAH, T. opositorista desafiante, trastorno de conducta.

Módulo F: T. por uso de sustancias. Incluye Abuso/dependencia de alcohol, dependencia de nicotina, Abuso y dependencia de marihuana y abuso y dependencia de otras sustancias.

Módulo L: Prevalencia de Vida

El instrumento completo contiene cerca de 3.000 preguntas. Incluye 358 preguntas tronco de las que derivan preguntas específicas detectan síntomas en términos generales, 1300 preguntas contingentes permiten determinar si los síntomas informados cumplen los criterios de frecuencia, duración, intensidad establecidos en DSM IV. 732 preguntas sobre edad de inicio, impedimento o tratamiento. Además se incluyen 700 del módulo prevalencia de vida.

Además de los reactivos antes mencionados el Disc IV incluye preguntas sobre impedimento/discapacidad. Se indaga respecto al nivel de impedimento de los síntomas referidos respecto a: la capacidad de llevarse bien con los padres/cuidadores, participar en actividades familiares, participar en actividades con los pares, funcionamiento académico u ocupacional, relaciones con los profesores o jefatura y nivel de malestar atribuible a los síntomas. Por último, están las preguntas sobre tratamiento que indagan sobre posibles tratamientos actuales o anteriores.

El tiempo de aplicación en poblaciones clínicas varía entre 90 y 120 minutos aproximadamente dependiendo de la sintomatología que presente el entrevistado (Shaffer et al., 2000). En la presente investigación el tiempo de aplicación se ajustó a lo reportado por los autores.

Este instrumento también ha sido utilizado en el estudios de prevalencia con adolescentes privados de libertad en otros países (Colins et al., 2010; Gretton & Cliff, 2011). También se ha utilizado en estudios respecto de trastornos específicos con esta población (Colins et al 2009). En nuestro país el equipo de Saldivia et al. (2008) desarrolló el proceso de validación en población infanto adolescente, encontrándose una sensibilidad general de 62% y especificidad de 80%. Por su parte, los índices de concordancia se situaron entre 0.70 y 0.80 en dicho estudio.

En Chile ha sido utilizado en población similar a la del presente estudio en la investigación de Rioseco et al. (2009) en el centro CIP CRC de Coronel.

La versión aplicada en el presente estudio corresponde al C-Disc, versión informatizada del Disc IV, aplicada directamente al adolescente por parte de un entrevistador entrenado (en el texto se continuará utilizando el tremino Disc IV para referirse al intrumento). A fin de reducir el tiempo de aplicación y dado que algunos módulos resultaban poco relevantes en la

población evaluada ya sea por infrecuencia o por criterios de psicopatología del desarrollo, no se evaluaron los trastornos de mutismo selectivo, tricotilomanía, y pica. Además se descartó la aplicación del módulo correspondiente a prevalencia de vida.

3.2.3. Test de matrices progresivas de Raven

La posible relación entre capacidad cognitiva y conductas antisociales ha sido propuesta por distintos autores (Donellan, Ge, & Wenk, 2000). Se ha reportado una gran cantidad de evidencia que indica un menor rendimiento de los infractores juveniles en pruebas estandarizadas de inteligencia (Isen, 2010). Aunque la dirección de la relación no ha sido establecida claramente, las posibles explicaciones aluden a factores genéticos comunes subyacentes, procesos psicosociales como la alienación (Donellan et al., 2000) y asociación diferencial. Existe cierto consenso respecto al rol mediador del nivel de logro académico en la relación entre CI y delincuencia, siendo los aspectos verbales de la inteligencia particularmente relevantes (Isen, 2010).

Este test fue desarrollado por Raven como una medida de inteligencia general (citado en Donnellan, et al., 2000). El autor desarrolló el instrumento con la intención de que resultara fácil de administrar y que puedan ser interpretados en forma clara y relevante (Raven, 2000).

Los dos componentes principales de la habilidad cognitiva general que Raven intentó medir directamente, son la capacidad educativa y reproductiva. La primera se entiende como la habilidad de extraer significado a partir de la confusión, generar esquemas de alto nivel que permitan manejar la complejidad. La habilidad reproductiva por su parte es concebida como la capacidad para absorber, recordar y reproducir información que se ha hecho explícita y se ha comunicado de una persona a otra (Raven, 2000).

El Test de Raven, se encuentra entre los test factoriales. Dentro de ésta línea de investigación psicométrica, se busca la máxima saturación posible de factor "G" (con el objeto de encontrar menor influencia de la cultura) y descubrir así la inteligencia de factor "G" más que la de factor "E". No obstante lo anterior, el test suministra además información sobre la magnitud individual de algunas funciones cognitivas como observación y razonamiento y en cierta medida una cierta evaluación de todas ellas (Bernstein, 1996).

Está diseñado para ser aplicado a personas de distintas edades, idioma materno, niveles educativos y nivel de habilidades (Ivanovic et al., 2000). Al ser un test no verbal, se considera una medida con poca influencia de las variables culturales (Donellan et al., 2000) de la inteligencia general. Es un test factorial, evalúa el componente del factor G: capacidad educativa, dar sentido a la confusión, dar forma a constructos, ir más allá de lo dado u obvio. (Bernstein, 1996).

El proceso de aplicación del test consiste en presentar a los participantes una serie de 60 matrices que tienen un elemento faltante. Las personas evaluadas deben seleccionar de entre ocho opciones la respuesta correcta.

Los autores reportan distintas fortalezas de este instrumento, así por ejemplo su naturaleza no verbal: permite aplicarlo a cualquier persona independientemente de su idioma, educación y capacidad verbal; incluso analfabetos y sordomudos. Al ser un test no manual también es posible aplicarlo a cualquier persona sin importar su estado o capacidad motora (Raven, 2000). Además se añade la relativa independencia de la influencia cultural ya que no intervienen los conocimientos adquiridos, por lo que el grado de escolaridad no es determinante para su aplicación.

El test de Raven ha demostrado buenas características psicométricas de confiabilidad test retest con correlaciones entre .70 y .90. En cuanto a la validez se han observado correlaciones entre .58 y .70 con otras medidas de inteligencia (Aiken, 1996; citado en Donnellan, 2000). En muestras chilenas se ha observado adecuados niveles de estabilidad temporal (Ivanovic, et al., 2000). Ha sido utilizado en el estudio del potencial intelectual de adolescentes infractores privados de libertad en estudios en el extranjero (Donnellan et al., 2000; Doreleijers et al., 2000). Por otra parte, en nuestro país ha sido aplicada en población juvenil con fines educativos y de investigación (Ivanovic et al., 2000).

Puede ser autoadministrado o de administración individual o colectiva. Su tiempo de aplicación oscila entre 30 y 60 minutos (generalmente es contestado en 45 minutos). El tiempo de aplicación en el presente estudio se ajustó a lo reportado en la literatura.

3.2.4. Escala de Apoyo Social para Adolescentes (Seidman et al., 1995)

Si bien se ha documentado el efecto positivo del apoyo social sobre una serie de resultados psicosociales durante la adolescencia, las investigaciones indican que este recurso no está disponible en igual medida en todos los grupos de adolescentes. Méndez y Barra (2008) compararon a un grupo de adolescentes chilenos que cumplían penas privativas de libertad con pares control, de población general. Los resultados de su estudio indicaron que existían diferencias estadísticamente significativas en distintos aspectos del apoyo social al comparar adolescentes infractores chilenos con pares no infractores. El grupo de infractores de ley presentaban una red social de menor tamaño, menores niveles medios en las dimensiones de apoyo emocional, de consejo, instrumental y funcional. Finalmente se observaron menores niveles de reciprocidad respecto del apoyo entregado y recibido desde la red social.

Monahan, Goldweber y Cauffman (2011) proponen que el apoyo social puede jugar un importante papel para minimizar el impacto de los estresores y contribuir a la respuesta de ajuste psicológico frente a la privación de libertad. Particularmente el que puedan proporcionar las visitas de personas significativas. Estas autoras condujeron un estudio

longitudinal con adolescentes estadounidenses de entre 13 y 17 años privados de libertad durante los primeros 2 meses de llegados al centro de reclusión. Sus resultados indicaron que quienes recibían visitas de sus padres mostraban mejor adaptación, entendida como una disminución más acentuada de la sintomatología depresiva que caracterizaba las primeras semanas de privación de libertad. Además, el número de personas también tenía un efecto adicional sobre la disminución de los síntomas. De esta forma, mientras más personas visitaban a los adolescentes, mayor era descenso en los síntomas. Otro hallazgo relevante de este estudio es que el efecto positivo de las visitas era independiente del grado de cercanía con los familiares.

En el presente estudio se utilizó una versión modificada de la Escala de Apoyo Social para Adolescentes (Seidman et al., 1995). Esta escala corresponde a una modificación de la escala de apoyo social del microsistema de Cauce. Fue diseñada para ser aplicada a adolescentes de contextos urbanos y culturalmente diversos. Consta de 21 ítems. Contiene 3 preguntas que miden el nivel de apoyo entregado por distintas personas que pueden formar parte de la vida de los adolescentes. Considera 7 proveedores potenciales de apoyo de los distintos microsistemas en los que los adolescentes participan, incluyendo; pares, familia y contexto escolar. Los autores consideran la opción *Otros* en la que se pueden incluir fuentes adicionales de apoyo relevantes según el contexto del estudio. Dentro de las dimensiones de apoyo evaluadas se incluyen el apoyo emocional e instrumental y además se mide la satisfacción del adolescente con la persona evaluada. El formato de respuesta consiste en tres opciones que van desde *De muy poca ayuda* a *De mucha ayuda*. En relación con las características psicométricas, se han reportado niveles de confiabilidad por consistencia interna medida a través del Alfa de Cronbach, en el rango de 0.80-0.85. Los análisis factoriales a la escala sugieren una estructura de 3 factores estables que incluyen el apoyo formal, informal y familiar.

La modificación consistió en la inclusión de fuentes potenciales de apoyo correspondientes al personal que desarrolla intervención con los adolescentes al interior de los centros en las áreas educativas, de tratamiento de drogas y de intervención psicosocial tanto de parte de personal de dependencia directa del servicio como de instituciones colaboradoras.

3.3. Procedimiento

En primer lugar se realizaron reuniones y visitas destinadas a presentar el estudio en los distintos centros donde se establecieron los acuerdos iniciales para el desarrollo del trabajo en terreno. Se solicitó a los centros que seleccionaran aquellos adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión acordados con el Servicio.

Durante el mes de agosto de 2011 se da inicio al primer proceso de recolección de información en terreno. Éste se extendió hasta la tercera semana del mes de septiembre

debido a dificultades encontradas al momento de recolectar la información. Como primer paso se esta etapa, se aplicó consentimiento informado de acuerdo con lo convenido con SENAME. A los jóvenes se les explicó que sus respuestas serían utilizadas en un contexto de investigación, por lo que se les aseguró el resguardo de su identidad al responder, y se explicitó además que su participación no entorpece ni favorece cualquier proceso judicial, por lo que se encontraban en total libertad de rechazar el involucrarse en el proceso.

Según lo acordado preliminarmente el consentimiento se recogió directamente desde los adolescentes que contaban con la mayoría de edad. En el caso de los menores de edad se solicitó el consentimiento tanto a los y las adolescentes como a sus adultos responsables. Se acordó que el contacto con los adultos responsables estaría a cargo de los profesionales de los centros durante las visitas. En el centro CRC de Limache esta tarea fue realizada por el equipo de la institución, mientras que en los restantes centros estuvo a cargo del equipo investigador.

Fue posible contactar al 93,4% de los adolescentes (281 casos de los 300 derivados inicialmente) para presentarles los objetivos del estudio y solicitar su participación. El 6,6% restante corresponde a adolescentes menores de edad que cumplían condena en el Centro CIP CRC San Bernardo de quienes no se obtuvo consentimiento de adulto responsable o bien que no se encontraban disponibles para ser entrevistados por diferentes razones relativas a su proceso. De los 281 casos a quienes se aplicó consentimiento completo un 86,8% aceptó participar (244 casos).

En forma paralela al proceso de solicitud de consentimiento se inició la aplicación del tamizaje a través del CESMA para identificar los casos de los cuales existiera sospecha de la presencia de algún trastorno. Por distintos motivos relacionados con los proceso de los jóvenes o bien por abandono de éstos del estudio, se logro completar el número de 221 instrumentos de tamizaje CESMA. adolescentes que pasaron a la etapa de evaluación a través de los restantes instrumentos consistió en 203 adolescentes. Aquellos adolescentes que rechazaron participar del estudio y quienes no calificaron de acuerdo al puntaje obtenido en la aplicación del tamizaje, fueron excluidos de la etapa siguiente de evaluación.

Otro motivo de exclusión correspondió a aquellos casos en los cuales el equipo de intervención del centro solicitó que no fueran evaluados debido a que se consideraba que el proceso de diagnóstico podría resultar perjudicial. Entre los motivos aducidos por el equipo tratante se encontraban la posibilidad de que en algunos casos, determinados adolescentes al momento de entregar información sobre aspectos de su entorno familiar o vivencias anteriores pudieran sufrir descompensaciones emocionales.

La segunda etapa del proceso de evaluación consistió en la aplicación del Test de Matrices Progresivas de Raven, la escala de apoyo social para adolescentes de Seidman y la versión Informatizada del Disc-IV. Todas las pruebas fueron aplicadas en forma individual por evaluadores capacitados por el equipo investigador. Los evaluadores eran profesionales del área social incluyendo sociólogos, asistentes sociales y psicólogos

Debido a que los adolescentes podían retirarse en cualquier momento del estudio, y a que en algunos adolescentes no estuvieron disponibles para contestar el correspondiente instrumento, el número final de casos evaluados corresponde es el que se detalla a continuación. Respecto del test de matrices progresivas el total de casos válidos es de 194 casos. Por su parte, en el caso de la escala de apoyo social para adolescentes, el número de casos válidos corresponde a 196. Por su parte 183 casos completaron el Disc-IV . La mayor parte de los casos dejó de participar del estudio al momento aplicar el Disc IV, posiblemente por la extensión del instrumento.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

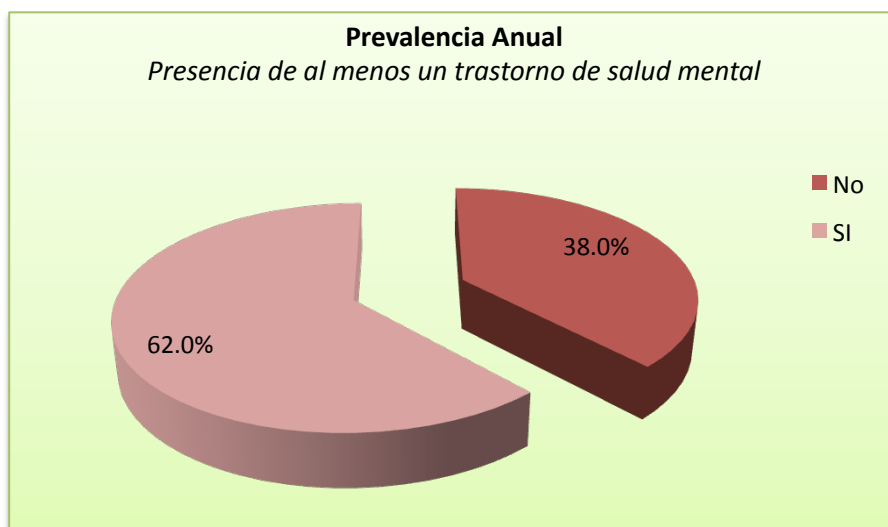
4.1. Prevalencia de trastornos de salud mental

Este indicador se obtuvo estimando el número de casos que presentaban algún diagnóstico de salud mental entre aquellos evaluados a través del DISC-IV entre los jóvenes, quienes completaron el Instrumento de tamizaje (221). Se consideró que los casos que fueron descartados en el proceso de tamizaje a través del CESMA dentro del grupo que no presentaba problemas de salud mental.

La prevalencia presentada en el siguiente gráfico representa el indicador a nivel anual. Se considera que los resultados de los últimos 12 meses resultan más informativos al momento de desarrollar estrategias de intervención para los problemas de salud mental detectados en la población.

Gráfico 2

Presencia cualquier trastorno salud mental (año)



Fuente: Elaboración propia

Como se observa a partir del gráfico anterior el número de adolescentes que ha presentado un trastorno de salud mental durante los 12 meses anteriores a la realización de la evaluación, representa un 62% (137 de 221 adolescentes).

Para calcular el indicador según centro se consideraron sólo los casos que habían completado el instrumento completo que corresponden a 183 jóvenes. Se tomó esta decisión para hacer dicho indicador más compatible con aquellos indicadores por centro del instrumento de potencial intelectual. Al observar por centro de cumplimiento de condena, tal como lo indica la

Tabla 3, se aprecia que en todos los centros la cantidad de adolescentes que ha presentado trastornos de acuerdo con la evaluación del Disc-IV es igual o superior al 50%. En los casos de los centros de San Bernardo y Limache esta cantidad se incrementa alcanzando al 81,6% (93 adolescentes) y 68,2% (30 adolescentes), respectivamente. Ambos corresponden a los centros que aportan mayor cantidad de casos al estudio y cuentan además con mayor población atendida. Con una menor proporción de adolescentes que han presentado un trastorno durante el año anterior aparecen los centros de Graneros, que alcanza un 57,1% (12 casos) y Santiago con un 50% (2 casos).

Tabla 3

Algún trastorno salud mental	Centro									
	Graneros		Limache		San Bernardo		Santiago		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	9	42,9	14	31,8	21	18,4	2	50,0	46	25,1
Si	12	57,1	30	68,2	93	81,6	2	50,0	137	74,9
Total	21		44		114		4		183	

Fuente: Elaboración propia

El indicador según rango etario se construyó también considerando los 183 casos evaluados con el Disc IV. La Tabla 4, indican que el grupo con mayor presencia de problemas de salud mental es aquel entre los 21 años o más, dentro del cual los adolescentes que han presentado un trastorno representan un 90% (9 casos). Le siguen en orden decreciente el rango entre los 19 y 20 años con un 78,3 (54 casos), el rango entre los 17 y 18 años con un 74,2%. Este último rango representa el grupo de edad de mayor tamaño dentro de la población estudiada. Finalmente con una prevalencia del 53,3% para cualquier trastorno se ubica el rango entre los 15 y 16 años.

Tabla 4

Algún trastorno salud mental	Rango etario									
	15-16		17-18		19-20		21 o más		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	7	46,7	23	25,8	15	21,7	1	10	46	25,1
Si	8	53,3	66	74,2	54	78,3	9	90	137	74,9
Total	15		89		69		10		183	

Fuente: Elaboración propia

Los antecedentes anteriormente expuestos se complementan con la información referente a la prevalencia mensual a nivel agregado de la presencia de algún trastorno de salud mental. Este indicador se construyó en forma similar al anterior considerando al correspondiente a la

prevalencia de 12 meses pero con el correspondiente cambio en el marco temporal para la calificar la presencia de trastornos.

Debido a que los casos que aparecen contabilizados en la prevalencia mensual también están contabilizados a nivel de los últimos 12 meses, la comparación de ambas cifras puede servir como antecedente indirecto respecto al curso de ciertas patologías. Esta comparación debe ser analizada con cautela ya que al tratarse de diagnósticos categoriales, la prevalencia mensual no da cuenta de casos que no cumplan con todos los criterios diagnósticos y que sí presenten algún tipo de sintomatología. De esta forma la diferencia indicaría disminución en la intensidad de ciertos síntomas que se refleja en la diferencia entre ambos niveles de prevalencia, pero no necesariamente la remisión de algún trastorno.

Como se refleja en la Tabla 5 de prevalencia durante las últimas 4 semanas, un porcentaje equivalente al 50,2% (111) casos ha calificado dentro de alguno de los trastornos de salud mental evaluados en el Disc- IV incluidos en este estudio. Como se esperaría esta cifra resulta inferior la correspondiente a la prevalencia de 12 meses. Pero resulta de todos modos elevadas si se considera que cerca de la mitad de los adolescentes han cumplido con los criterios de algún trastorno en las últimas 4 semanas.

Tabla 5

Presencia algún trastorno último mes	N	%
No	110	49,8
Si	111	50,2
Total	221	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla resumen trastornos

Trastorno	Prevalencia Mes				Prevalencia Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
Cualquier trastorno*	111	50,2	-	-	137	62,0	-	-
Cualquier Trastorno ansioso*	55	24,8	-	-	73	33,0	-	-
Ansiedad Generalizada	4	1,8	0,9	0,9	6	2,7	1,4	0,9
Trastorno obsesivo compulsivo	20	9,0	3,2	3,2	23	10,4	3,6	3,6
TEPT	2	0,9	0,9	0,9	3	1,4	0,9	0,9
Fobia Social	2	0,9	0,5	0,5	7	3,2	1,8	0,9
Ansiedad de Separación	20	9,0	3,2	2,3	28	12,7	6,3	5,0
Fobia Específica	22	10,0	2,3	0,5	22	10,0	2,3	0,5
Trastorno de Pánico	4	1,8	0,5	0,5	8	3,6	1,4	0,9
Agorafobia Sin historia de ataque de pánico	2	0,9	0,9	0,9	9	4,1	1,8	1,4
Cualquier Trastorno afectivo*	12	5,4	-	-	32	14,5	-	-
Depresión mayor	8	3,6	2,3	1,4	23	10,4	7,2	6,3
Distimia	1	0,5	0	0	1	0,5	0	0
Episodio maniaco	2	0,9	0,9	-	3	1,4	-	-
Episodio Hipomaniaco	2	0,9	-	-	10	4,5	-	-
Esquizofrenia*	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabla resumen trastornos continuación

Trastorno	Prevalencia Mes				Prevalencia Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
Cualquier Trastorno Disruptivo*	82	37,1	-	-	91	41,2	-	-
TDA	21	9,5	7,7	7,7	27	12,2	10,4	10,4
T de Conducta	63	28,5	15,8	14,0	70	31,7	18,1	16,3
TOD	24	10,9	6,3	5	30	13,6	7,2	5,9
Cualquier trastorno misceláneo*					6	2,7		
Tic Motores o vocales Crónicos	3	1,4	-	-	4	1,8	-	-
Tic Motores o vocales Transitorios	2	0,9	-	-	2	0,9	-	-
Cualquier trastorno sustancias**					86	38,9		
Trastorno por dependencia de alcohol**					1	0,5	0,5	0,5
Trastorno por abuso de Alcohol**					9	4,1	3,2	1,8
Trastorno por dependencia de marihuana**					12	5,4	1,8	1,8
Trastorno por abuso de marihuana**					39	17,6	5,9	2,7
Trastorno por dependencia de nicotina**					54	24,4	9	6,3
Trastorno por dependencia de otras sustancias**					3	1,4	0	0
Trastorno por abuso de otras sustancias**					11	5,0	2,7	2,3

4.2. Trastornos ansiosos

Este indicador considera la presencia de trastornos ansiosos diagnosticados según el Disc -IV en el grupo jóvenes evaluados (221). Al igual que para el indicador general los casos que no calificaron como con sospecha de trastorno de salud mental en el CESMA se contabilizan en el grupo que no presenta trastornos ansiosos. Los trastornos de tipo ansioso que fueron evaluados corresponden a fobia social, ansiedad de separación, fobia específica, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático. Se descartó el trastorno de mutismo selectivo por las razones relacionadas con el curso de este trastorno que llevaba a suponer que no aparecería en el grupo estudiado. Es importante señalar que las categorías correspondientes a tipo de trastornos no son excluyentes, por lo que un caso puede estar contabilizado en más de una categoría.

Gráfico 3
Presencia cualquier trastorno ansioso año



Fuente: Elaboración propia

Como se aprecia en el gráfico anterior un el grupo que ha cumplido los criterios de alguno de los trastornos ansiosos alcanza al 33% de los adolescentes (73 casos). Este porcentaje representa un grupo importante de los casos que han presentado algún diagnóstico en los últimos 12 meses.

Para el siguiente indicador se siguió el mismo criterio expuesto anteriormente respecto del indicador general prevalencia, es decir los porcentajes según centro se calcularon a partir del número de jóvenes que repondieron Disc-IV en cada centro. Al observar por centro de cumplimiento de condena, tal como lo indica la Tabla 6 se aprecia que a nivel porcentual el centro Santiago presenta mayor prevalencia de casos que han padecido algún trastorno ansioso en los últimos 12 meses con un 50% (2 casos). El centro San Bernardo por su parte reúne un porcentaje de casos que han calificado dentro de algún trastorno ansioso que alcanza al 48,2% (55 adolescentes). Le siguen con una menor proporción de casos con

trastornos ansiosos el centro de Limache con un 29,5% (13 adolescentes) y Graneros con 14,3% (3 adolescentes).

Tabla 6

Algún trastorno ansioso	Centro									
	Granero		Limache		San Bernardo		Santiago		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	18	85,7	31	70,5	59	51,8	2	50,0	110	60,1
Si	3	14,3	13	29,5	55	48,2	2	50,0	73	39,9
Total	21		44		114		4		183	

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, la Tabla 7, indica que el rango etario donde se obtiene una mayor prevalencia anual es el comprendido entre los 21 años o más que cuenta con un 60% (6 adolescentes). Con una menor presencia de casos con este tipo de trastornos aparece el rango entre los 17 y 18 años que incluye a un 41,6% de casos dentro de este segmento (37 adolescentes). El rango entre los 19 y 20 años aparece con un proporción de un 39,1% de casos que han presentado algún trastorno de ansiedad en el último año. Por último el grupo de edad con menor presencia de trastornos ansiosos es el rango entre 15 y 16 años ya que únicamente reúne un 20% de casos con dichas patologías (3 adolescentes). Todos los porcentajes anteriores consideraron como referencia los casos que completaron el Disc IV para cada agrupado etario.

Tabla 7

Algún trastorno ansioso	Rango etario									
	15-16		17-18		19-20		21 o más		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	12	80,0	52	58,4	42	60,9	4	40	110	60,1
Si	3	20,0	37	41,6	27	39,1	6	60	73	39,9
Total	15		89		69		10		183	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 8 presenta el indicador de prevalencia mensual para el conjunto de trastornos ansiosos incluidos en el estudio. Se puede apreciar que un porcentaje de 24,8% (55 adolescentes) han cumplido con los criterios diagnósticos de algún trastorno ansioso durante las últimas 4 semanas anteriores a la entrevista. Este valor es cerca de 9 punto porcentuales inferior al prevalencia de los últimos 12 meses indicando de la sintomatología de este tipo disminuye con el paso del tiempo.

Tabla 8

Presencia algún trastorno ansioso mes	N	%
---------------------------------------	---	---

No	166	75,2
Si	55	24,8
Total	221	100

Fuente: Elaboración propia

A continuación se presenta el desglose de las distintas patologías comprendidas en el grupo de trastornos de tipo ansioso. Se incluyen la información correspondiente a la prevalencia anual y mensual de cada trastorno. Asimismo se presenta la prevalencia ajustada según los criterios de discapacidad asociada a cada trastorno de acuerdo con la calificación entregada por el Disc-IV. El Criterio A indica que el o la adolescente informó que al menos presentaba un criterio intermedio o severo a las preguntas acerca de los niveles de discapacidad que le generaba un determinado trastorno. Por su parte, el criterio D es definido como la presencia de discapacidad en un ámbito con intensidad grave, de acuerdo al reporte del entrevistado, o la interferencia en dos ámbitos con una valoración de intensidad intermedia. Los porcentajes equivalentes a cada trastorno se obtuvieron considerando los 221 jóvenes que participaron desde la etapa de tamizaje. De esta forma se consideró que quienes no calificaban como con sospecha dentro del CESMA no presentaban el trastorno ansioso específico que se reporta en las siguientes secciones.

4.2.1. Ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) involucra múltiples preocupaciones respecto a distintas circunstancias vitales tales como escuela, la propia apariencia y el futuro. No existe claridad respecto a la edad de inicio, pero habitualmente es después de la niñez temprana. En comparación con otros trastornos de ansiedad el TAG presenta mayores niveles de comorbilidad y rara vez se presenta sólo en los pacientes. Entre los trastornos con los que aparece asociado comúnmente se encuentra el trastorno depresivo mayor (Pine & Klein, 2008).

Tal como muestra la Tabla 9, se observa que la prevalencia mes de la ansiedad generalizada alcanza un 1,8% (4 casos). Si se ajusta según criterio de discapacidad se aprecia este valor se reduce a un 0,9% considerando cualquiera de los 2 criterios. Por su parte la prevalencia del trastorno durante el último año medida según el Disc-IV, indica que un 2,7% de los casos evaluados ha cumplido con los criterios de este trastorno durante los últimos 12 meses. Si se considera los criterios de discapacidad asociada, se aprecia que con este trastorno ha afectado con intensidad moderada a un 1,4% (3 casos que cumplieron el criterio A) y con mayor severidad a un 0,9% de los adolescentes (2 casos que cumplen criterio D).

Tabla 9

Ansiedad generalizada	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	217	98,2	99,1	99,1	215	97,3	98,6	99,1

SI	4	1,8	0,9	0,9	6	2,7	1,4	0,9
Total	221				221			

Fuente: Elaboración propia

4.2.2. Trastorno Obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de pensamientos indeseados repetitivos o intrusivos (obsesiones) y comportamientos o actividades mentales innecesarias y repetitivas (compulsiones). Debido a que los pensamientos obsesivo-compulsivos y rituales son reconocidos como inadecuados, habitualmente son mantenidos en reserva de otras personas. Con respecto a su desarrollo estudios en adultos indican que un 50% de los casos diagnosticados con TOC refieren que presentaban sintomatología durante la infancia o adolescencia aunque la edad media de inicio informada suele ser posterior (Rapaport & Shaw, 2008).

La prevalencia mensual del TOC alcanza un 9 % (20 casos), como se observa en la Tabla 10. Al ajustar este indicador según el criterio A o D de discapacidad la prevalencia se sitúa en un 3,2% para ambos criterios (7 adolescentes). Por su parte la prevalencia anual es mayor, indicando que un 10,4% de los evaluados han cumplido con los criterios del trastorno durante los últimos 12 meses. Si se consideran los criterios de discapacidad del Disc-IV se aprecia que para ambos casos la cantidad de adolescentes se reduce a un 3,6% (8 casos).

Tabla 10

Trastorno Obsesivo-compulsivo	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	201	91	96,8	96,8	198	89,6	96,4	96,4
SI	20	9,0	3,2	3,2	23	10,4	3,6	3,6
Total	221				221			

Fuente: Elaboración propia

4.2.3. Trastorno por Estrés post-traumático

El cuadro clínico se caracteriza por un sentimiento general de impotencia, desvalimiento y desamparo ante la vida en general y por la tendencia a revivir, recordar y reexperimentar el evento traumático una y otra vez en forma de imágenes, pensamientos, sueños y juegos con gran sufrimiento para el paciente. Se produce un aplanamiento de las respuestas afectivas y un aumento del estado de vigilancia y alerta, con reacciones de sobresalto ante estímulos anodinos, trastornos del sueño, irritabilidad, dificultades de concentración y síntomas vegetativos como taquicardia, náuseas, vómitos y mareos.

La prevalencia mensual del trastorno de estrés post traumático se muestra en la

Tabla 11, alcanzando el 0,9% (2 casos). Ambos casos cumplen con los criterios de discapacidad evaluados por el instrumento. En cuanto a la prevalencia anual del trastorno esta alcanza el 1,4% (3 casos). Al ajustar según criterio de discapacidad se aprecia que un 0,9% de los casos cumple con dichos criterios (2 adolescentes).

Tabla 11

Trastorno por Stress Post-traumático	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	219	99,1	99,1	99,1	218	98,	99,1	99,1
SI	2	0,9	0,9	0,9	3	1,4	0,9	0,9
Total	221				221			

Fuente: Elaboración propia

4.2.4. Fobia Social

Es un cuadro característico de la adolescencia, etapa de la vida en que las relaciones sociales son esenciales en el proceso de maduración personal. El inicio del trastorno es insidioso, y el adolescente puede reconocer que el temor es excesivo y poco razonable, afectando su socialización. El adolescente siente pánico a las situaciones que implican el contacto social con otras personas, en contextos de grupos ya sea de pertenencia o no y sobre todo ante extraños y que se manifiesta por conductas de evitación social. Existe ya sea la evitación de la situación temida o se soporta con un malestar importante. La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror o pánico.

La Tabla 12 muestra que la prevalencia mensual del trastorno de fobia social evaluado a partir del Disc IV que alcanza el 0,9% (2 casos). Este porcentaje se reduce a un 0,5% (1 caso) si se aplican los criterios de discapacidad. La prevalencia anual del trastorno indica que un 3,2% (7 casos) han cumplido con los criterios del trastorno durante los últimos 12 meses. Si se ajustan según el criterio de discapacidad A, este porcentaje se reduce a un 1,8% (4 casos), mientras que un 0,9% (2 adolescentes) reportan cumplir con el criterio D de discapacidad.

Tabla 12

Fobia Social	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	219	99,1	99,5	99,5	174	96,8	98,1	99,1
SI	2	0,9	0,5	0,5	7	3,2	1,8	0,9
Total	221				221			

Fuente: Elaboración propia

4.2.5. Ansiedad de separación

Ansiedad excesiva que se presenta cuando el niño o adolescente tiene que separarse de sus padres o de las personas que le cuidan, o cuando está lejos del hogar. Es una angustia desproporcionada para su edad y circunstancias. Su inicio es normalmente brusco en un niño sin alteración previa y produce un deterioro significativo en su funcionamiento social. El niño o adolescente vive la separación como un peligro o una amenaza, piensa que algo malo le va a ocurrir. Su curso puede ser agudo especialmente asociado a una contingencia, pero puede ser prolongado y crónico (niños mayores, portadores enfermedad crónica, psicopatología de los padres o disfunción familiar). La clínica se caracteriza por la presencia de tristeza, apatía, llanto, dificultades para la concentración, dificultades en la interacción social, muchas quejas somáticas como dolor abdominal, sensación náuseas, cefalea, lipotimia o vértigo. Es frecuente observar además el miedo a estar solo, pesadillas, temor y preocupación que los seres queridos sufran daños en la separación.

A partir de la

Tabla 13 se identifica una prevalencia mensual del trastorno de ansiedad de separación evaluado según el Disc- IV que alcanza un 9% de los casos (20 adolescentes). Al realizar el ajuste según los criterios de discapacidad esta proporción se reduce a un 3,2% (7 adolescentes) para el criterio A y a un 2,3% (5 adolescentes) para el criterio D. La prevalencia anual resulta mayor, alcanzando un 12,7% (28 casos), y que ajustada según el criterio A de discapacidad llega a un 6,3% (14 casos) y según el criterio D al 5% (11 adolescentes).

Tabla 13

Ansiedad de separación	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	201	91	96,8	97,7	193	87,3	93,7	95
SI	20	9,0	3,2	2,3	28	12,7	6,3	5,0
Total	221				221			

Fuente: Elaboración propia

4.2.6. Fobia específica

En este trastorno existe un temor excesivo, irracional y persistente ante la presencia o anticipación de un objeto o situación específica, que puede asociarse a discapacidad social y escolar. La intensidad del miedo varía en función de determinadas circunstancias como la proximidad o lejanía del estímulo ansioso, o de las características de éste. El objeto que gatilla la ansiedad varía acorde la edad del paciente; las fobias a los animales y a la oscuridad son más propias del niño pequeño, en tanto que las fobias al colegio o al ascensor se asocian a la edad escolar, y luego en los adolescentes destacan las fobias a la sangre o heridas, a subir en

avión, a las relaciones sociales. El sujeto puede reconocer que el temor y la angustia que siente aparecen como excesivos e irracionales, sin embargo no puede controlarlos (Mardomingo, 2010).

La Tabla 14 muestra que la prevalencia mensual de este trastorno medido según el Disc IV alcanza el 10% (22 adolescentes). Sin embargo, este porcentaje se reduce en forma importante si se aplican los criterios de discapacidad ya que solo un 2,3% (5 casos) cumplen con el criterio A y un 0,6% (1 adolescente) cumple con el criterio D. En cuanto a la prevalencia anual los tres indicadores coinciden con los alcanzados en la prevalencia durante las últimas 4 semanas.

Tabla 14

Fobia específica	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	199	90	97,7	99,5	199	890	97,7	99,5
SI	22	10,0	2,3	0,5	22	10,0	2,3	0,5
Total	221				221			

Fuente: Elaboración propia

Tal como muestra la Tabla 15, dentro de este mismo trastorno los tipos de fobia específica más frecuente evaluados a partir del Disc IV son las fobias misceláneas que involucran distintos estímulos generadores de temor que alcanza un 8,9% a nivel mensual y anual.

Tabla 15

Fobias	Mes		Año	
	N	%	N	%
Misceláneas (animales, agua, alturas, etc.)	16	7,2	16	7,2
Truenos y relámpagos	1	0,5	1	0,5
Agujas y vacunas	3	1,4	3	1,4
Sangre o cortes	2	0,9	2	0,9

Fuente: Elaboración propia

4.2.7. Desorden de pánico

El desorden de pánico se refiere a la presencia de crisis de angustias repetidas e inesperadas, seguidas de temores y preocupaciones persistentes respecto a futuras crisis y las consecuencias de las mismas. Se observa este trastorno especialmente en los adolescentes, aunque también de acuerdo a la experiencia clínica en niños. En los adultos corresponde al trastorno de pánico. Los síntomas que se describen a continuación, se desencadenan en un plazo máximo de 10 minutos: palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aire o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, sensación de mareo, inestabilidad o desmayo, sensación de

despersonalización (estar separado de uno mismo) o de desrealización (sensación de irre realidad). Este trastorno se puede dar con o sin agorafobia, que es la angustia que presenta el adolescente al sentirse solo y sin ayuda, en lugares concurridos o situaciones en las que no puede escapar fácilmente.

La prevalencia mensual de trastorno de pánico alcanza un 1,8% (4 adolescentes), como se puede apreciar en la

Tabla 16. Si se utilizan los criterios de discapacidad A y D del Disc -IV se observa que éste se reduce a un 0,5% (1 caso). La prevalencia anual de este trastorno en cambio es mayor llegando a un 3,6% (8 casos). Al aplicar los criterios de discapacidad este porcentaje llega a un 1,4% (3 casos) para el criterio A y 0,9% (2 casos) para el criterio D.

Tabla 16

Desorden de pánico	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	217	98,2	99,5	99,5	213	96,4	98,6	99,1
SI	4	1,8	0,5	0,5	8	3,6	1,4	0,9
Total	221				221			

Fuente: Elaboración propia

4.2.8. Agorafobia (sin pánico)

Corresponde a un trastorno de ansiedad que no incluye sólo el temor a los espacios abiertos sino también aspectos relacionados con la presencia de multitudes y a la dificultad de poder escapar de una forma inmediata y sencilla a un lugar seguro. El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a menudo solapadas, que comparten el temor a salir del hogar, entrar en tiendas o almacenes, multitudes y lugares públicos, o viajar en trenes, autobuses o aviones. Independiente de la gravedad de la ansiedad y extensión de las conductas de evitación, éste correspondería al más discapacitante de los trastornos fóbicos.

La Tabla 17 muestra que el trastorno agorafobia sin historia de trastorno de pánico ha afectado durante el último mes a un 0,9% (2 adolescentes) de los casos evaluados. Este porcentaje se mantiene cuando se aplican los criterios de discapacidad A y D. En relación con la prevalencia anual, se reconoce que ésta es mayor alcanzando el 4,1 % (9 adolescentes) de los casos. Cuando se aplica el criterio de discapacidad A este porcentaje se reduce a un 1,82% (4 adolescentes), mientras que al aplicar el criterio D alcanza un 1,4% (3 casos).

Tabla 17

Agorafobia	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	219	99,1	99,1	99,1	212	95,9	98,2	98,6
SI	2	0,9	0,9	0,9	9	4,1	1,8	1,4

Total	221				221
-------	-----	--	--	--	-----

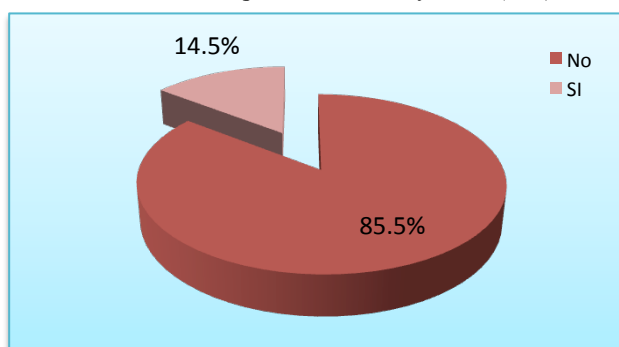
Fuente: Elaboración propia

4.3. Trastornos afectivos

Este indicador agrupa los distintos trastornos afectivos evaluados por el Disc IV. La construcción de este indicador siguió el mismo procedimiento utilizado en los anteriores indicadores de trastornos agrupados reportados. De esta forma los casos que no calificaron con sospecha de trastorno en el CESMA se sumaron al grupo que no presenta trastornos ansiosos. Los trastornos de afectivos considerados fueron el episodio maniaco e hipomaniaco, distimia y el trastorno depresivo mayor. La presencia de algún trastorno afectivo en la muestra se presenta en el Gráfico 4, que indica que un 14,5% (32 adolescentes) ha cumplido los criterios de alguno de los trastornos afectivos durante los últimos 12 meses de acuerdo a los diagnósticos asignados por el Disc- IV. Este índice resulta considerablemente menor al obtenido al que se obtiene respecto de la prevalencia de cualquier trastorno y a la que presentan los trastornos ansiosos.

Gráfico 4

Presencia cualquier trastorno afectivo (año)



Fuente: Elaboración propia

Al observar por centro de cumplimiento de condena, tal como lo indica la Tabla 18, se aprecia que proporcionalmente el caso con mayor prevalencia de este tipo de trastornos es el centro de Santiago con un 25% (1 de 4 adolescentes evaluadas), seguido del centro de Limache con un 20,5% (9 casos de los 44 evaluados). Ligeramente inferior es la prevalencia anual registrada en San Bernardo con un 19,3% (22 de 114 casos evaluados). Finalmente no se registraron casos que presentaran este tipo de trastornos en Graneros. Todos los porcentajes reportados consideran como referencia los casos de cada centro que respondieron el Disc IV.

Tabla 18

Algún	Centro				Total
	Granero	Limache	San Bernardo	Santiago	

trastorno afectivo	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	21	100,0	35	79,5	92	80,7	3	75,0	151	82,5
Si	0	0,0	9	20,5	22	19,3	1	25,0	32	17,5
Total	21		44		114		4		183	

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, los rangos etarios, que se muestran en la Tabla 19, indican que el grupo con mayor prevalencia anual de trastornos afectivos se ubica entre los 19 y 20 años representando un 23,2% dentro de este grupo. Con un porcentaje ligeramente inferior de prevalencia anual de estos trastornos aparece el grupo de 21 años o más con un 20% de los casos (2 de 10 casos). Finalmente aparecen los grupos etarios entre 17 y 18 años, y entre 15 y 16 con una prevalencia anual de trastornos ansiosos de 14,6% (13 casos de 89 evaluados) y de 6,7% (1 caso de 15 evaluados) respectivamente.

Tabla 19

Algún trastorno afectivo	Rango etario									
	15-16		17-18		19-20		21 o más		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	14	93,3	76	85,4	53	76,8	8	80	151	82,5
Si	1	6,7	13	14,6	16	23,2	2	20	32	17,5
Total	15		89		69		10		183	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 20 presenta el indicador de prevalencia mensual para el conjunto de trastornos afectivos evaluados a partir del Disc-IV, en ella se puede apreciar que un 6,6% (12 adolescentes) han cumplido con los criterios diagnósticos de algún trastorno afectivo durante las últimas 4 semanas. Como se podría esperar este nivel resulta inferior al correspondiente a la prevalencia anual para la misma agrupación de trastornos. La disminución comparada con la prevalencia de 12 meses resulta importante si se analiza al nivel de dato bruto ya que de los 32 usuarios que han presentado este trastorno durante los 12 meses solo 12 continúan calificando como portadores de alguno de los trastornos afectivos. Es decir para casi 2 terceras partes de los casos existió una disminución de la sintomatología propia de los trastornos afectivos.

Tabla 20

Presencia algún trastorno afectivo mes	N	%
No	209	94,6
Si	12	5,4
Total	221	100,0

Fuente: Elaboración propia

4.3.1. Episodios maníaco e hipomaníaco

Cuadro clínico caracterizado por una exaltación del ánimo que de acuerdo a la gravedad de los síntomas existentes y el grado de discapacidad, puede clasificarse en maníaco o hipomaníaco. La manía e hipomanía del preescolar y escolar se puede presentar con un ánimo irritable muy severo, persistente y a menudo violento. Las “pataletas” se expresan en amenazas o conductas de violencia física hacia otros, incluyendo familiares, otros niños, adultos y profesores.

La manía de inicio en la adolescencia se caracteriza por una gravedad mayor que la del inicio en la edad adulta, teniendo más síntomas psicóticos, de tipo esquizomorfo o confusional, con conductas explosivas y desorganizantes. Se caracteriza por a) Un período de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo y/o irritable durante al menos 7 días (o menos si requiere hospitalización); b) La presencia de al menos 3 de los siguientes síntomas (o 4 si el ánimo es sólo irritable): Autoestima exagerada o Grandiosidad, Disminución de requerimientos de sueño, Habla acelerada o verborreico, Distractibilidad, Pensamientos acelerados o fuga de ideas, Aumento en actividad intencionada o agitación psicomotora, Aumento en actividades placenteras riesgosas; c) Genera malestar clínico significativo (incluso necesidad de hospitalización.); d) No es parte de un episodio mixto (diagnosticado como entidad aparte); e) No se debe a otra condición: Médica o Abuso de sustancias.

La hipomanía por su parte se caracteriza por: a) Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual; b) La persistencia de tres (o más) de los siguientes síntomas: Autoestima exagerada o grandiosidad, Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño), Más hablador de lo habitual o verborreico, Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, Distractibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes), Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora, Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas); c) Un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático; d) La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás; e) El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos; f) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

La depresión mayor es el cuadro clínico más grave del espectro depresivo. Los síntomas depresivos se deben presentar en casi todas las actividades, la mayor parte del día y casi todos los días, durante al menos dos semanas (OMS, 1992). Estos síntomas indican mayor gravedad

y peor pronóstico para refractariedad de tratamiento y para la presencia de Trastorno Afectivo Bipolar.

En el Disc IV los criterios diagnósticos de episodio maníaco e hipomaniaco se miden en forma simultánea. Lo que distingue ambos trastornos es el criterio A de duración y severidad de los síntomas del criterio B del DSM –IV. El instrumento no calcula los criterios de discapacidad para el episodio hipomaniaco ya que de acuerdo al criterio diagnóstico E del DSM-IV, en esta patología los síntomas no son lo suficientemente graves como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos. De la anterior distinción se desprende que en el Disc IV para ser diagnosticado con un episodio hipomaniaco un adolescente no puede haber recibido el diagnóstico por un episodio maniaco.

En la

Tabla 21 se muestra que un 0,9% (2 caos) de los adolescentes ha cumplido con los criterios de episodio maniaco durante las 4 semanas anteriores a la evaluación. Este mismo porcentaje cumple con el criterio A de discapacidad, pero ninguno califica con el criterio D. Respecto de la prevalencia anual de este trastorno esta resulta ligeramente superior alcanzado un 1,4% (3 casos) de los evaluados. La totalidad de esos casos cumplió con el criterio A de discapacidad pero ninguno con el D. En cuanto al episodio hipomaniaco, un 0,9% (2 casos) ha cumplido con dicho diagnóstico en el último mes, mientras que un 4,5% (10 adolescentes) ha calificado en los últimos 12 meses.

Tabla 21

Manías	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
Manía	2	0,9	0,9	-	3	1,4	1,4	-
Hipomanía	2	0,9	-	-	10	4,5	-	-

Fuente: Elaboración propia

4.3.2. Depresión mayor

El trastorno depresivo se asocia con mayor riesgo de ideación y de conducta suicida, abuso de sustancias y enfermedades médicas y otros trastornos psiquiátricos (Kapornai et al, 2008). La edad media de aparición del primer episodio depresivo es la adolescencia o el inicio de la edad adulta, pero también se puede presentar en edad escolar (Costello et al ,2003). La sintomatología de los cuadros depresivos se manifiesta en síntomas afectivos, físicos y cognitivos. Los síntomas depresivos más frecuentes en los adolescentes son: irritabilidad o humor deprimido, pérdida de interés (apatía), pérdida de la capacidad para experimentar placer en la mayoría de las actividades (anhedonia) y fatigabilidad. Dentro de los síntomas físicos es posible hacer mención alteración del apetito, alteración del sueño, disminución de la energía. En los cognitivos destaca un compromiso en la capacidad de atención y concentración, problemas de memoria, distorsiones cognitivas negativas (soledad, vacío,

culpa), baja autoestima, ideas de muerte y suicidio y también pueden aparecer ideas delirantes concordantes con el humor.

Tal como muestra la Tabla 22 la prevalencia mensual del trastorno depresivo mayor evaluado a partir del Disc IV alcanzó un 3,6 (8 casos). Al considerar los criterios de discapacidad medidos por el instrumento este nivel se reduce a un 2,3% (5 casos) que cumplen con el criterio A y a 1,4% (3 casos) si se utiliza el criterio D. La prevalencia anual alcanza un 10,4% (23 casos). Para el criterio de discapacidad A el porcentaje llega a 7,2 (16 casos) y para el D es de 6,3% (14 jóvenes).

Tabla 22

Depresión mayor	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	213	95,5	97,2	98,3	198	86,7	91,5	93,2
SI	8	3,6	2,3	1,4	23	10,4	7,2	6,3
Total	221				221			

Fuente: Elaboración propia

4.3.3. Distimia

La distimia es un cuadro de inicio insidioso, cursa con síntomas subsindromáticos y sigue un curso fluctuante durante al menos un año en los niños o adolescentes. Se trataría de un trastorno depresivo más leve y que la depresión mayor, más crónico. Durante el curso de una distimia el adolescente puede presentar períodos asintomáticos, aunque estos no pueden durar más de dos meses. Antes de revisar los valores correspondientes al trastorno distímico es necesario mencionar algunos aspectos referentes a la forma de diagnosticar este trastorno a través del Disc IV. Concretamente el algoritmo de corrección del instrumento no entrega la posibilidad de diagnosticar en conjunto distimia si ya existe una evaluación de depresión mayor por lo que aquellos casos que presentan ambos diagnósticos sólo reciben el diagnóstico de esta primera patología.

La prevalencia mensual de distimia alcanza a un 0,5% de los casos (1 adolescente) como se puede observar en la Tabla 23. Al observar la situación respecto de la prevalencia anual, se observa que la prevalencia coincide con el indicador a nivel mensual.

Tabla 23

Distimia	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	22	99,5	100	100	178	99,5	100	100
SI	1	0,5	0	0	1	0,5	0	0
Total	179				179			

Fuente: Elaboración propia

4.4. Esquizofrenia

Las personas afectadas por la Esquizofrenia (descrita por Bleuler, como “mente dividida”) presentan “distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma” (CIE-10). Se deteriora así su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas. El aislamiento se debe tanto a que la persona no es capaz de comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por el rechazo que su conducta produce en éstos.

El inicio de la enfermedad es, generalmente, en la adolescencia o en las etapas más tempranas de la adultez, siendo la aparición de trastorno antes de los 12 años extremadamente infrecuente (Cottone & Kumra, 2008). El primer episodio de la enfermedad, es considerado aquel momento en el que por primera vez se sospecha la enfermedad (MINSAL, 2005). La esquizofrenia de inicio en la adolescencia se asocia un funcionamiento premórbido deteriorado y retrasos en el desarrollo temprano, mayores que los observados en pacientes con inicio de esta patología durante la adultez (Hollis, 2008). Además el deterioro funcional en los casos en los que el trastorno se inicia en esta etapa tiende a ser mayor (Cottone & Kumra, 2008).

En el Disc-IV la esquizofrenia es evaluada en el módulo D de la entrevista en forma exclusiva. A diferencia de otros trastornos, la entrevista únicamente evalúa la presencia de esquizofrenia en el periodo de 1 año. Debido a ello no se formulan preguntas que permitan establecer la prevalencia durante las últimas 4 semanas. De igual modo, a diferencia de otras secciones de Disc- IV los algoritmos de puntuación de este trastorno requieren de los juicios del evaluador respecto a si un comportamiento o síntoma resulta o no patológico. Algunos síntomas o comportamientos que forman parte de los criterios diagnósticos no son posibles evaluar a través de la entrevista como la presencia de lenguaje desorganizado y los síntomas negativos. De igual forma este instrumento no entrega información sobre los especificadores de curso.

En el presente estudio no se detectaron casos que cumplieran los criterios diagnósticos de esquizofrenia a partir de la evaluación con el Disc- IV.

El análisis que se presenta a continuación corresponde al estudio de las frecuencias de los síntomas o experiencias propias de este trastorno que son evaluadas a través de la entrevista estructurada Disc IV.

La Tabla 24 indica que aunque no se observan casos que permitan calificar la presencia del trastorno, aparecen algunos síntomas o experiencias propias de la patología con baja frecuencia. Se observa que un 2,2% de los evaluados (cumplen con el criterio A del DSM-IV para este trastorno, es decir presentan dos o más de los síntomas como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes. Dentro de los síntomas que forman parte de este criterio y son evaluados por el Disc se observa que el más frecuente es el comportamiento desorganizado con un 5,5% (10 adolescentes), seguido de alucinaciones con un 2,2% (4 casos), e ideas delirantes con un 1,6% (3 casos). En un 1,1% de los casos las dichas ideas delirantes o alucinaciones son extrañas o bizarras. En cuanto a la disfunción social u ocupacional, que constituye el criterio B del DSM-IV, un 2,7% (5 casos) de los jóvenes califica de acuerdo con el Disc. Por último, respecto del criterio C del DSM-IV, es decir, la persistencia de signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses, se aprecia que un 1,1% de los evaluados cumple con dicho criterio según el instrumento. Todos los porcentajes anteriores se obtuvieron en base a los casos que contestaron el Disc IV.

Tabla 24

Síntomas asociados a esquizofrenia	Año	
	N	%
Síntomas característicos (criterio A DSM-IV)	4	2,2
Ideas delirantes	3	1,6
Alucinaciones	4	2,2
Comportamiento desorganizado o catatónico	10	5,5
Alucinaciones o delirios bizarros	2	1,1
Disfunción social u ocupacional (criterio B DSM -IV)	5	2,7
Duración (criterio C de DSM-IV)	2	1,1

4.5. Trastornos disruptivos

Los trastornos disruptivos o trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador agrupan en el DSM-IV a los Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (tipo combinado, con predominio del déficit de atención o con predominio hiperactivo-impulsivo), el Trastorno disocial o de conducta (TC), y el Trastorno negativista desafiante u oposicionista (TOD). En general refieren a aquellas patologías relacionadas conductas impulsivas, agresivas, hiperactivas, desatentas y desafiantes. Corresponden a una conceptualización acerca de los niños y jóvenes que entran en conductas disruptivas y que pasan a llevar los derechos de los demás, manifiestan conductas hostiles en determinados contextos o se muestran desafiantes ante cualquier forma de autoridad o regla; se refiere a los adolescentes que se alejan considerablemente del grupo normativo al mostrar este tipo de conductas.

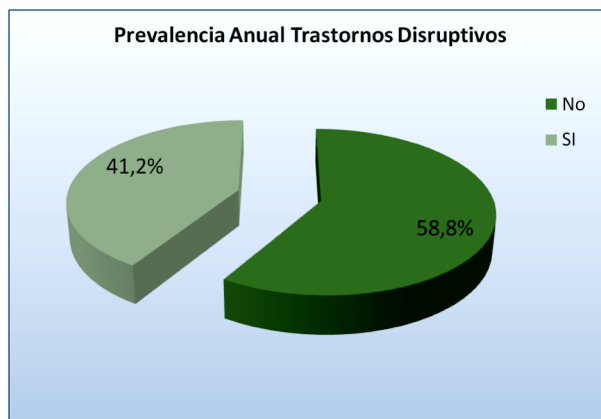
La presencia del Trastorno Disruptivo puede causar considerable sufrimiento a los adolescentes y su familia, y los problemas de conducta se asocian al deterioro social y educativo para los adolescentes. La intervención temprana en trastornos disruptivos cobra particular relevancia dado la probabilidad de que los jóvenes con problemas de conducta tienen un riesgo sustancialmente mayor de desarrollar en la adultez conductas contra normativas, tales como el trastorno de personalidad antisocial, criminalidad violenta, entre otros. Existe evidencia de que los trastornos disruptivos son predictores de trastornos durante la edad adulta, en los contextos educativo, de trabajo y manejo de finanzas, abandono del hogar, abuso y dependencia de alcohol y drogas; puede llegar a tener efectos a nivel físico incluyendo lesiones y contagio de ETS, así como de trastornos mentales e intentos de suicidio (Moffit & Scott, 2008)

En relación a la diferenciación entre los trastornos, tanto Moffit y Scott (2008) como Félix (2007) plantean que dado que las conductas y sintomatología son similares, la evaluación diferencial se vuelve complicada. Moffit y Scott (2008) plantean que si bien en el contexto clínico es esperable un diagnóstico, plantear estos trastornos en términos de categorías conlleva el riesgo de que se dejen de lado importantes diferencias en términos de la severidad o tipología de la disfunción, al establecer puntos de corte arbitrarios; sugiere mantener una la idea del continuo particularmente entre el trastorno disocial y el opositor desafiante. Cova et al. (2011) plantea también que el trastorno opositor desafiante y el trastorno disocial corresponderían a diferentes espectros de una misma condición, con factores de riesgo compartidos, que tienen momentos evolutivos distintos; a diferencia del DSM-IV, el CIE 10 considera los trastornos de conducta como una categoría inclusiva tanto del TOD como del trastorno disocial (Cova, et al. 2011; Moffit & Scott, 2008).

La presencia de algún trastorno disruptivo en la muestra se presenta en el Gráfico 5, reflejando que este grupo de patologías presenta una prevalencia anual que alcanza al **41,2%** de los adolescentes evaluados (91 casos). Lo anterior indica que éstos representan el grupo de trastornos que aparece con mayor frecuencia.

Gráfico 5

Presencia cualquier trastorno disruptivo (año)



Fuente: Elaboración propia

Al observar por centro de cumplimiento de condena, tal como lo indica la Tabla 25, se aprecia que este grupo de trastornos sólo está presente en los centros de población masculina, y en todos los casos supera el 40% de los adolescentes evaluados. El centro que presenta una mayor prevalencia anual es San Bernardo con un 54,4% (62 de 114 adolescentes), seguido de los centros de Limache con un 45,5% (20 de 44 casos evaluados), y de Graneros con un 42,9% (9 de 21 adolescentes). Todos los porcentajes por centro se obtuvieron considerando el número de adolescentes que respondió el Disc IV en cada centro.

Tabla 25

Algún trastorno disruptivo	Centro								Total	
	Graneros		Limache		San Bernardo		Santiago			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	12	57,1	24	54,5	52	45,6	4	100	92	50,3
Si	9	42,9	20	45,5	62	54,4	0	0	91	49,7
Total	21		44		114		4		183	

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, la Tabla 26 muestra que el grupo de edad con una mayor prevalencia de trastornos disruptivos es el de 17 a 18 años que además representa la mayor parte de la población evaluada y que alcanza un 56,2%. Por su parte, un 44,9% de los casos del grupo entre 19 y 20 años, y un 40% entre 15-16 años ha presentado algún trastorno disruptivo. En el grupo entre de 21 años o más, 4 de 10 casos (40%) presentaron este tipo de patologías. Todos los porcentajes según grupo etario se calcularon considerando el número de casos evaluados con el Disc IV de cada grupo etario.

Tabla 26

Algún trastorno disruptivo	Rango etario									
	15-16		17-18		19-20		21 o más		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	9	60,0	39	43,8	38	55,1	6	60	92	50,3
Si	6	40,0	50	56,2	31	44,9	4	40	91	49,7
Total	15		89		69		10		183	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 27 presenta el indicador de prevalencia mensual para el conjunto de trastornos disruptivos evaluados a partir del Disc-IV. Se puede apreciar que un porcentaje de 37,1% (82 adolescentes) han cumplido con los criterios diagnósticos de algún trastorno disruptivo durante las últimas 4 semanas. Este porcentaje resulta inferior a la prevalencia anual pero

muestra una disminución menor a la observada en otras tipologías de trastornos. Este patrón se asociaría al carácter más persistente de este tipo de patologías.

Tabla 27

Presencia algún trastorno disruptivo mes	N	%
No	139	54,7
Si	82	37,1
Total	221	100,0

Fuente: Elaboración propia

4.5.1. Déficit atencional

El DSM-IV define al trastorno por déficit de atención con hiperactividad como “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (Criterio A). Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años (Criterio B). Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela o en el trabajo) (Criterio C). Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo (Criterio D). El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad) (Criterio E)” (APA, 1995).

En el Disc IV el trastorno de déficit atencional contiene dos subsecciones, una para el tipo de Desatención y otra para el tipo hiperactivo/impulsivo. Los algoritmos de corrección entregan un diagnóstico general y de los subtipos: Combinado, con predominio de desatención, hiperactivo impulsivo.

La Tabla 28 muestra que la prevalencia mensual de este cualquier tipo de Déficit atencional alcanza un 9,5% (21 adolescentes). Al aplicar los criterios de discapacidad A y D este valor se reduce a un 7,7 % (17 adolescentes). Al analizar la prevalencia anual, se reconoce que esta alcanza un 12,2 (27 adolescentes), mientras que la prevalencia ajustada según ambos criterios de discapacidad este alcanza el 10,4% (23 adolescentes).

Tabla 28

Déficit atencional	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	200	90,5	92,3	92,3	194	87,8	89,6	86,8
SI	21	9,5	7,7	7,7	27	12,2	10,4	10,4

Total	221				221
-------	-----	--	--	--	-----

Fuente: Elaboración propia

La prevalencia mostrada en la Tabla 29 de los distintos subtipos de déficit atencional no considera criterios de discapacidad. Respecto de los subtipos de déficit atencional con predominio de desatención y combinado, se observa que en ambos casos la prevalencia mensual alcanza un 2,3% (5 casos) y la anual 2,7% (6 casos). En cuanto al tipo hiperactivo se reconoce una prevalencia de 5% (11 adolescentes) si se considera la prevalencia mensual y de 6,8% (15 adolescentes) para la prevalencia de 12 meses.

Tabla 29

Déficit atencional	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
Desatención	5	2,3	-	-	6	2,7	-	-
Hiperactividad	11	5	-	-	15	6,8	-	-
Combinado	5	2,3	-	-	6	2,7	-	-

Fuente: Elaboración propia

4.5.2. Trastorno de conducta

El trastorno de conducta (TD) se caracteriza por un comportamiento persistente en el cual normas y reglas sociales son trasgredidas y son violados los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por sí mismos, base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento. La conducta provoca serias dificultades en el desenvolvimiento social, académico y ocupacional, y puede manifestarse en los contextos familiar, educacional y/o comunitario (Berrios, 2011). Felix (2007), indica que de todos los diagnósticos psiquiátricos con inicio en la infancia o adolescencia, este trastorno es el que está más directamente relacionado contra las normas socialmente establecidas para el desarrollo de una convivencia adecuada. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales (Criterios A1-A7), comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad (Criterios A8-A9), fraudes o robos (Criterios A10-A12) y violaciones graves de las normas (Criterios A13-A15).

En lo relativo a las áreas de compromiso el joven con TD presenta fallas en los procesos de socialización, en términos de la internalización de normas y reglas de comportamiento; deficiencias en el desarrollo de habilidades sociocognitivas, deficiencias en la evolución del desarrollo moral y del área afectiva y deficiencias en la capacidad de toma de perspectiva. Sus bases psicopatológicas muestran una hiporreactividad sensorial y patrones de búsqueda intensa de estímulos, junto a hiperactividad motora, lo que implica que tienden a comprometerse en conductas de riesgo y, si existe privación emocional a patrones

antisociales. Por otra parte, hay escaso o nulo desarrollo de la capacidad de empatía, por lo que se observa una ausencia de sentimientos de culpa y remordimiento, dificultad para comprender los sentimientos y deseos de los otros y una tendencia a responsabilizar a los otros de sus propias acciones.

Desde la perspectiva del ciclo vital, se pueden observar tres patrones evolutivos generales de comportamientos disociales: el primero se caracteriza por presentar conductas disociales que se manifiestan fundamentalmente durante la niñez, en forma más o menos persistente, y que luego se discontinúan; el segundo patrón de conducta disocial es de inicio temprano y persistente a lo largo de la vida, y en el tercero las conductas disociales se manifiestan de modo más acentuado en la adolescencia fundamentalmente (Cova, et al, 2011)

Tal como muestra la

Tabla 30, el trastorno de conducta evaluado a partir del Disc-IV alcanza una prevalencia mensual de 28,5% (64 adolescentes), representando la patología más prevalente de este grupo. Este indicador se reduce con la aplicación de los criterios de discapacidad, alcanzado un 15,8% (35 adolescentes) con el criterio A y un 14% (31 casos) con el D. La prevalencia anual por su parte llega al 31,7% (70 adolescentes). Cuando se ajusta esta cifra según el criterio A de discapacidad A, la proporción llega a un 18,1% (40 casos), mientras que con el criterio D se sitúa en un 16,3% (36 adolescentes).

Tabla 30

Trastorno de conducta	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	158	71,5	84,2	86	151	68,3	81,9	83,7
SI	63	28,5	15,8	14,0	70	31,7	18,1	16,3
Total	221				221			

Fuente: Elaboración propia

4.5.3. Trastorno oposicionista

El trastorno oposicionista desafiante (TOD) consiste en un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante y hostil dirigido principalmente a las figuras de autoridad. El comportamiento se produce de forma deliberada para molestar a otros, pero no se dan actos de delincuencia o las formas más agresivas del trastorno disocial que violan la ley o los derechos de los demás. Frecuentemente las conductas disruptivas parten en el contexto familiar y escolar, y después pueden derivar a otros contextos en caso de agravamiento, y pueden terminar en confrontación abierta y riñas. Son jóvenes o niños rencorosos y

vengeativos, hiperactivos, con baja tolerancia a la frustración, que se sienten víctimas y que no dudan en acusar a los demás de su mal comportamiento (Félix, 2007; Berrios, 2011).

Si bien el DSM-IV y el CIE-10 comparten criterios diagnósticos en relación al TOD, difieren en sus condiciones diagnósticas: el CIE-10 lo considera como un subtipo menos grave de trastorno disocial (trastorno disocial desafiante y oposicionista) y el DSM-IV, lo incluye en los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (Vásquez, Fera, Palacios, & de la Peña, 2010).

Si bien el tratamiento del TOD debe ser abordado desde diferentes contextos, el foco debiera ponerse en reforzar las habilidades parentales (lograr alianza entre los padres para el establecimiento de normas y límites; claridad y consistencia en normas de comportamiento; fomento de conductas alternativas; fomentar relación interpersonal más positiva, estimulando el desarrollo de actitudes empáticas y cálidas que confirmen su aceptación como persona), dado que la evidencia estaría dando pistas a que el TOD está relacionado al estilo de comportamiento parental, presencia de psicopatología en los padres, y la contribución genética de los mismos (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002; Berrios, 2011).

Como se aprecia en la Tabla 31, el trastorno oposicionista alcanza un nivel de prevalencia mensual que llega al 10,9% (24 adolescentes). Ajustando ese indicador según el criterio A de discapacidad se reduce a un 6,3% (14 casos), mientras que con el D lo hace a un 5% (11 adolescentes). Si se considera la prevalencia anual se observa un 13,6% de casos que han cumplido los criterios de este trastorno en los últimos 12 meses (30 adolescentes). Al utilizar el criterio A de discapacidad alcanza en cambio este nivel es menor llegando a un 7,2% (16 adolescentes) mientras que con el criterio D, llega a 5,9 % (13 adolescentes).

Tabla 31

Trastorno oposicionista	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
NO	197	89,1	93,7	95	191	86,4	92,8	94,1
SI	24	10,9	6,3	5	30	13,6	7,2	5,9
Total	221				221			

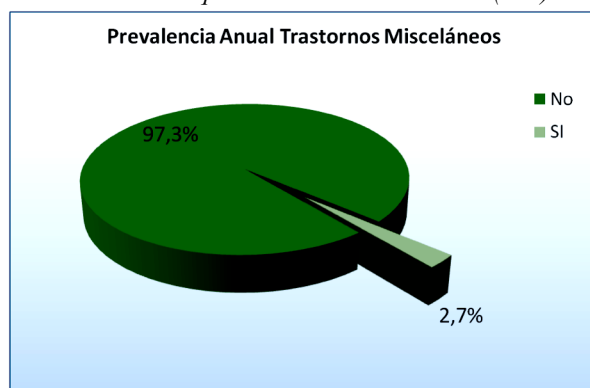
Fuente: Elaboración propia

4.6. Trastornos misceláneos

Este conjunto corresponde a una agrupación de diversos trastornos que son evaluados en el módulo B del Disc IV y que agrupa a trastornos de la conducta alimentaria, de la eliminación, tics, pica y tricotilomanía. En el caso del presente estudio estas dos últimas patologías no fueron evaluadas. De esta forma, este indicador representa aquellos adolescentes que cumplieron al menos con los criterios diagnósticos de alguno de los siguientes trastornos durante los últimos 12 meses: anorexia nervosa, bulimia nervosa, enuresis, encopresis,

trastorno de Tourette, trastorno por tics motores o vocales crónicos y trastorno por tics motores o vocales transitorios. Al igual que en el reporte de las otras agrupaciones de trastornos los casos que no fueron calificados como con sospecha de problemas de salud mental se sumaron al grupo que no presenta trastornos misceláneos. La presencia de algún trastorno misceláneo en la muestra se presenta en el Gráfico 6, se observa que a nivel de la población una proporción de un 2,7 % de los casos ha presentado este tipo de trastornos durante el último año.

Gráfico 6
Presencia cualquier trastorno misceláneo (año)



Fuente: Elaboración propia

Al revisar la situación según centro de cumplimiento como se observa en la Tabla 32 se reconoce que los únicos centros donde se presentan este tipo de trastornos son San Bernardo y Limache, siendo en ambos minoritaria comparada con otros grupos de trastornos revisados. De este grupo sólo se registraron casos de trastornos de Tics. La prevalencia anual alcanzada por estos trastornos es más alta a nivel porcentual en el centro de Limache con un 6,8 % (casos de 44), siendo menor en San Bernardo con un 2,6% (3 casos de 114). Los porcentajes se calcularon considerando los casos que respondieron el Disc IV en cada centro.

Tabla 32

Algún trastorno misceláneo	Centro								Total	
	Granero		Limache		San Bernardo		Santiago			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	21	100	41	93,2	111	97,4	4	100	177	96,7
Si	0	0	3	6,8	3	2,6	0	0	6	3,3
Total	21		44		114		4		183	

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, los rangos etarios, que se muestran en la Tabla 33, indican que estos trastornos solo están presentes en dos de los cuatro grupos etarios. En el grupo entre los 17 y 18 años la prevalencia anual alcanza un 5,6% (5 casos de 89). El resto de los casos forman parte del

grupo entre 19 y 20 años donde se aprecia una prevalencia de 1,4% (1 caso de 9 evaluados). Los porcentajes anteriores se calcularon considerando el número de casos de cada grupo etario que respondió el Disc IV.

Tabla 33

Algún trastorno misceláneo	Rango etario									
	15-16		17-18		19-20		21 o más		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	15	100	84	94,4	68	98,6	10	100	177	96,7
Si	0	0	5	5,6	1	1,4	0	0	6	3,3
Total	15		89		69		9		183	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 34 presenta el indicador de prevalencia mensual para el conjunto de trastornos misceláneos evaluados en el estudio partir del Disc - IV. Se puede apreciar que un porcentaje de 2,3% (5 adolescentes) han cumplido con los criterios diagnósticos de algún trastorno disruptivo durante las últimas 4 semanas anteriores a la evaluación. Se observa que este porcentaje es relativamente similar al de la prevalencia anual indicando que se trata de patologías cuya sintomatología es relativamente estable.

Tabla 34

Presencia algún trastorno misceláneo mes	N	%
No	216	97,7
Si	5	2,3
Total	221	100,0

4.6.1. Trastorno de la conducta alimentaria

No se observaron casos que calificaran dentro de ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria evaluados por el Disc-IV, que incluyen anorexia y bulimia nervosa.

4.6.2. Trastornos de la eliminación

No se observaron casos que calificaran dentro para estos trastornos de la eliminación evaluados por el Disc-IV, que incluyen enuresis nocturna, enuresis diurna y encopresis.

4.6.3. Trastorno de Tourette

No se observaron casos que cumplieran los criterios diagnósticos del trastorno de Tourette.

4.6.4. Tics motores o vocales

El Disc IV mide tres tipos de trastornos de tic: trastorno de Tourette, trastornos por tics motores o vocales crónicos y trastornos por tics motores o vocales transitorios. Además reporta un diagnóstico de cualquier trastorno de tics. Tal como muestra la Tabla 35, se reconoce que la prevalencia mensual de tics motores o vocales en cualquiera de sus modalidades alcanza un 2,3% (5 adolescentes). Cuando se aplica la media de discapacidad A, el porcentaje se reduce a un 0,9% (2 casos) mientras que no se observan casos que cumplan con el criterio D. La prevalencia anual del trastorno es levemente superior llegando a un 2,7% (6 casos), con un 0,9% que cumplen el criterio A de discapacidad.

Tabla 35

Tic motores o vocales	Mes				Año			
	N	%	Disc A	Disc D	N	%	Disc A	Disc D
Cualquiera	5	2,3	0,9	0	6	2,7	0,9	0
Crónicos	3	1,4	-	-	4	1,8	-	-
Transitorios	2	0,9	-	-	2	0,9	-	-

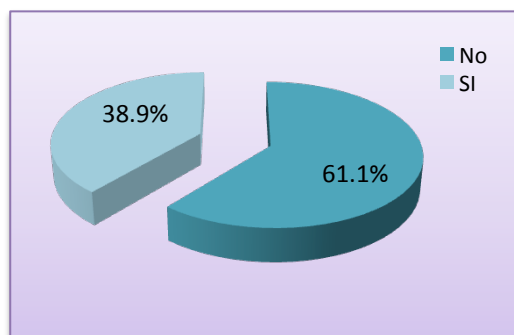
Fuente: Elaboración propia

4.7. Trastornos de sustancias

Estos trastornos son evaluados en el módulo F del Disc IV y agrupan el trastorno por abuso o dependencia de alcohol, el trastorno por dependencia de nicotina, trastorno por abuso o dependencia de marihuana, y el trastorno por abuso o dependencia de otras sustancias. De esta forma, los adolescentes que cumplieron los criterios diagnósticos de alguno de los trastornos antes mencionados durante los últimos 12 meses, aparecen consignados en el indicador de presencia de trastornos de sustancias. A diferencia de otras secciones del DISC, los diagnósticos realizados en este grupo de trastornos sólo se diagnostican para el periodo de los últimos 12 meses, debido a que se buscó reducir la complejidad de la entrevista en esta sección. La presencia de algún trastorno por consumo de sustancias en la muestra se presenta en el

Gráfico 7, que indica una proporción de 38,9% de los adolescentes evaluados (86 adolescentes), por lo que, representan la segunda agrupación más prevalente de patologías.

Gráfico 7
Presencia cualquier trastorno por consumo de sustancias (año)



Fuente: Elaboración propia

Al observar por centro de cumplimiento de condena, tal como lo indica la Tabla 36, es posible observar que únicamente en los centros con población masculina aparece este tipo de trastornos. El centro que presenta la mayor prevalencia es San Bernardo con un 52,6% (60 adolescentes). Le siguen el centro de Limache con un 40,9% (18 casos) y con un porcentaje levemente inferior Graneros con un 38,1% (8 casos). Los porcentajes anteriores consideran el número de jóvenes que contestó el Disc IV en cada centro.

Tabla 36

Algún trastorno sustancias	Centro								Total	
	Granero		Limache		San Bernardo		Santiago		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		

No	13	61,9	26	59,1	54	47,4	4	100	97	53
Si	8	38,1	18	40,9	60	52,6	0	0	86	47
Total	21		44		114		4		183	

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, los rangos etarios, que se muestran en Tabla 37, indican que el grupo de edad con mayor prevalencia anual es el de 21 años o más donde ésta alcanza 70% (7 adolescentes). En una proporción menor aparecen los caso del rango entre 17-18 años con un 50,6% (45 adolescentes), seguidos aquellos entre 19-20 años 44,9% (31 adolescentes). Finalmente aparecen el grupo entre 15-16 años con un 20% (3 adolescentes). Los porcentajes anteriores se calcularon considerando el número de jovnes de cada grupo etario que respondieron el Disc IV.

Tabla 37

Algún trastorno sustancias	Rango etario									
	15-16		17-18		19-20		21 o más		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No	12	80	44	49,4	38	55,1	3	30	97	53
Si	3	20	45	50,6	31	44,9	7	70	86	47
Total	15		89		69		10		183	

Fuente: Elaboración propia

En el caso de los trastornos asociados al consumo de sustancias no es posible realizar al comparación con entre los niveles de prevalencia de 12 meses y de 4 semanas, ya que el diagnóstico realizado a través del Disc- IV corresponde únicamente a la prevalencia actual.

4.7.1. Alcohol

En el Disc IV los trastornos de dependencia de alcohol y de abuso de alcohol son medidos con la misma sección. Se utiliza el siguiente criterio de corrección: si el trastorno de dependencia de alcohol está presente, no se asigna el diagnóstico de abuso de alcohol. Tal como muestra la Tabla 38, la prevalencia del trastorno por dependencia de alcohol alcanza un 0,5% de la población evaluada (1 adolescente). Al aplicar cualquiera de los criterios de discapacidad se aprecia que estos valores se mantienen.

Por su parte la prevalencia del trastorno por abuso resulta mayor a la anterior con una proporción que alcanza el 4,1% (9 adolescentes). Si se ajusta este porcentaje por el criterio de discapacidad A este indicador llega a un 3,2% (7 casos), mientras que con el criterio D alcanza el 1,8% (4 adolescentes)

Tabla 38

Alcohol	Actual			
	N	%	Disc A	Disc D
Dependencia	1	0,5	0,5	0,5
Abuso	9	4,1	3,2	1,8

Fuente: Elaboración propia

4.7.2. Marihuana

En el Disc IV los trastornos de dependencia y abuso de marihuana son medidos con la misma sección y se utiliza el mismo criterio de corrección que para el alcohol, si el trastorno de dependencia está presente, no se asigna el diagnóstico de abuso.

Tal como muestra la Tabla 40, la prevalencia del trastorno de dependencia de marihuana alcanza un 5,4% (12 adolescentes). Al ajustar según cualquiera de los criterios de discapacidad este valor se reduce a un 1,8% (4 casos). En cuanto al trastorno por abuso de de marihuana, la prevalencia resulta mayor ya que un 17,6% (39 casos) de la población evaluada presenta esta patología. Al utilizar el criterio de discapacidad A esta proporción llega al 5,9% (13 casos), mientras que si se utiliza le criterio D alcanza el 2,3% (5 adolescentes).

Tabla 39

Marihuana	Actual			
	N	%	Disc A	Disc D
Dependencia	12	5,4	1,8	1,8
Abuso	39	17,6	5,9	2,3

Fuente: Elaboración propia

4.7.3. Nicotina

El Disc IV requiere que exista un nivel de uso de la nicotina suficiente para poder realizar el diagnóstico. El Disc no cuenta con especificaciones de curso, ni especificadores relativos a la existencia o no de dependencia psicológica. Tal como muestra la

Tabla 41, los niveles de prevalencia de trastorno por dependencia de nicotina evaluada a partir del Disc IV indican, que ésta alcanza un 24,4% (54 casos). Si se ajusta según criterios de discapacidad esta llega a un 9% (20 casos) para el criterio A y a un 6,3% (14 casos) para el criterio D.

Tabla 40

Nicotina	Actual			
	N	%	Disc A	Disc D
Dependencia	54	24,4	9	6,3

Fuente: Elaboración propia

4.7.4. Otras sustancias

En el Disc IV los trastornos relativos al consumo de sustancia que no sean alcohol, nicotina o marihuana son agrupados bajo el rotulo de trastornos por consumo de otras sustancias. El instrumento no distingue entre las sustancia específica y entrega los diagnósticos de abuso de otras sustancia y dependencia de otras sustancias. Para poder realizar el diagnóstico debe existir un nivel de uso que permita la asignación del diagnóstico.

Dentro del tipo de sustancias cuyo consumo se indaga en la entrevista se encuentran: cocaína, anfetaminas, opiáceos, sedativos, hipnóticos y ansiolíticos.

Tal como muestra la **¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.**, a la prevalencia del trastorno por dependencia de otras sustancias alcanza el 1,4% (3 casos), de este porcentaje no se registran casos que cumplan con los criterios de discapacidad medidos a partir del Disc. Por su parte el trastorno por abuso de otras sustancias presenta una prevalencia de 5% (11 adolescentes). Al ajustar esa cifra según los criterios de discapacidad, se observa la prevalencia alcanza un 2,7% (6 adolescentes) para el criterio A y un 2,4% (5 casos) para el criterio D.

Tabla 41

Otras sustancias	Actual			
	N	%	Disc A	Disc D
Dependencia	3	1,4	0	0
Abuso	11	5	2,7	2,4

Fuente: Elaboración propia

4.8. Comorbilidad

A continuación se presentan para cada grupo de referencia el número total de casos que calificó dentro de esa cada agrupación de diagnósticos y posteriormente los niveles de comorbilidad con los cuadros de las restantes 4 agrupaciones considerando la prevalencia anual. Para efectos de los siguientes análisis se consideraron solo los casos que completaron el Disc IV (183).

Tabla 42

Comorbilidad		
Trastornos Ansiosos (n=73)	N	%
T. Afectivos	24	32,9
T. Disruptivos	43	58,9
T. Misceláneos	4	5,5
T. de Sustancias	40	54,8
T ansiosos sin otro cuadro asociado	14	19,2

Como se aprecia en la tabla 42 del si se toma como referencia el grupo de jóvenes que presentaron algún trastorno ansioso durante los últimos 12 meses, se aprecia que un 32,9% también calificó en alguno de los diagnósticos correspondientes a los trastornos afectivos. Los niveles más altos de comorbilidad se presentaron entre los trastornos ansiosos y disruptivos con un (58,9%). Por su parte los trastornos ansiosos aparecen asociados a cuadros relacionados con el consumo de sustancias en un 54,8% de los jóvenes. Muy inferior es la proporción de casos dentro de este grupo que además han presentado trastornos misceláneos. Por ultimo solo un 19,2 % han presentado únicamente trastornos de tipo ansioso en el último año.

Tabla 43

Comorbilidad		
Trastornos Afectivos (n= 32)	N	%
T. Ansiosos	24	75
T. Disruptivos	22	68,8
T. Misceláneos	1	3,1
T. de Sustancias	23	71,9
Solo trastornos afectivos	1	3,1

Al tomar como referencia los trastornos afectivos que se presentan en la tabla 43 se aprecia que un 75% de los jóvenes presentó además trastornos ansiosos en el último año. Una proporción ligeramente menor que alcanza el 71,9% de este grupo presentó patologías relacionadas con el consumo de sustancias. Se reconoce además que la comorbilidad con trastornos disruptivos llegó al 68,8% de los casos. En un nivel muy inferior se apareció la comorbilidad con cuadros misceláneos que llegó a un 3,1%

Tabla 44

Comorbilidad		
Trastornos Disruptivos (n= 91)	N	%
T. Ansiosos	43	47,3
T. Afectivos	22,	24,2
T. Misceláneos	5	5,5
T. de Sustancias	59	64,8
Solo trastornos disruptivos	16	17,6

Al tomar como referencia los trastornos disruptivos que se presentan en la tabla 44, se reconoce que un 64,8 % de los jóvenes con este grupo de patologías presentó además trastornos por consumo de sustancias en los últimos 12 meses. En menor proporción aparecen los casos que presentaron trastornos ansiosos con un 47,3%. Por su parte la comorbilidad con trastornos afectivos alcanzó un 24,2% en este grupo. Por ultimo se puede señalar que un 17,6 % de los casos corresponden a jóvenes que únicamente presentan trastornos del grupo disruptivo.

Tabla 45

Comorbilidad		
Trastornos Misceláneos (n=6)	N	%
T. Ansiosos	4	66,7
T. Afectivos	1	16,7
T. Disruptivos	5	83,3
T. de Sustancias	4	66,7
Solo trastornos misceláneos	0	0

Al tomar como referencia el grupo de jóvenes con diagnóstico de trastornos misceláneos que se presentan en la tabla 45, se observa que un 83,3% presentó además trastornos de tipo disruptivo en los últimos 12 meses. Le siguen en igual proporción los jóvenes que han presentado trastornos ansiosos y de sustancias con un 66,7%. Finalmente en un porcentaje menor aparecen los trastornos afectivos que llegan al 16,7%. No se observaron casos que presentaran únicamente trastornos de tipo misceláneo.

Tabla 46

Comorbilidad		
Trastornos de Sustancias (n=86)	N	%
T. Ansiosos	40	46,5
T. Afectivos	23	26,7
T. Misceláneos	4	4,7
T. Disruptivos	59	68,6
solo trastornos de sustancias	13	15,1

Al tomar como referencia los trastornos de sustancias que se presentan en la tabla 46, se aprecia que este grupo presenta mayor nivel de comorbilidad con los trastornos disruptivos llegando la presencia conjunta de ambos tipos de patologías al 68,6%. Le siguen los trastornos ansiosos que llegan al 46,5% dentro de este grupo. En menor proporción aparecen los trastornos afectivos con un 26,7%. Los trastornos misceláneos llegan a un 4,7% y representan las patologías con menor nivel de comorbilidad. Por último un 15,1% de los jóvenes presenta únicamente patologías relacionadas con el consumo de sustancias.

4.9. Conductas de autolesivas, ideación suicida e intento de suicidio

Aunque no configuren un trastorno en sí mismo las conductas de autolesiones deliberadas e intentos de suicidio representan problemas de salud mental particularmente relevantes entre los adolescentes que se encuentran privados de libertad (Wasserman, & MacReynolds, 2006). En el presente estudio fue posible evaluar el autoreporte de conductas de autoagresión e ideación suicida en distintos momentos del proceso. Tal como se describió anteriormente el CESMA cuenta dentro de sus ítems con 2 preguntas relativas a esta temática. La primera de ellas indaga respecto a si los adolescentes evaluados se dañan a sí mismos y la segunda sobre ideación ligada a autoagresiones o a suicidio.

Como se aprecia en la Tabla 47, la presencia de cortes u otras conductas que generen daño a sí mismo es reportada por un 40,2% de los adolescentes evaluados con el CESMA. Este total se divide en un 24,4 que reportan que lo hacen “A veces”, mientras que un 15,8% refiere hacerlo “Mucho”. En cuanto a la segunda pregunta respecto a la ideación suicida o de daño a si mismo un 20,2% de los evaluados con el CESMA refiere haberla presentado. De este grupo un 15,8% reporta que estos pensamientos están presentes “A veces”, mientras el 5,4% reporta que piensa “Mucho” en hacerse daño o suicidarse.

Se reconoce una diferencia entre los porcentajes que responden afirmativamente a ambas preguntas lo que podría indicar que las conductas de daño tales como inferirse cortes tienen finalidad distinta que atentar contra la propia vida o bien que estas no son acompañadas de ideación suicida en muchos casos.

Tabla 47

Ítems Autoagresión CESMA*						
	No		A veces		Mucho	
	N	%	N	%	N	%
¿Te causas daño a ti mismo (por ejemplo, cortes o sobredosis)?	132	59,7	54	24,4	35	15,8
¿Piensas en hacerte daño o suicidarte?	174	78,7	35	15,8	12	5,4

Fuente: Elaboración propia

* Porcentajes calculados en base al tamaño de la muestra vigente en la etapa de tamizaje que correspondía a 221 participantes con datos válidos.

Una segunda fuente de información la representa la evaluación del Disc IV que también contiene preguntas que exploran esta área correspondiendo ellas al set de evaluación del episodio depresivo mayor. Debido a que los trastornos depresivos son las patologías más prevalente dentro de las víctimas de suicidio (Gould, et al., 2003) resulta relevante revisar los antecedentes que entrega este módulo diagnóstico.

El resumen de las respuestas de los adolescentes a estas preguntas, se presentan en la siguiente tabla. Los valores presentados se calcularon en base a los totales correspondientes a los casos que cuentan con información válida en el Disc IV que alcanzan a 183 adolescentes.

Tabla 48

Ideación suicida, intento de suicidio y pensamiento acerca de la muerte	Año	
	N	%
Pensamientos recurrentes sobre la muerte propia o de otras personas- Último año	83	45,4
Pensamiento sobre quitarse la vida- Último año.	37	20,2
Intento de suicidio- Año anterior	21	11,5

Fuente: Elaboración propia

A partir de la tabla anterior se observa que durante el último año un 45,4 % (83 casos) de los adolescentes evaluados refiere pensamientos relacionados con la muerte. Por su parte un 20,2% (37 adolescentes) reporta pensamientos sobre quitarse la vida en el mismo periodo. Finalmente un 11,5% (21 adolescentes) manifiesta haber incurrido en un intento de suicidio en el año anterior.

4.10. Apoyo social

La definición de Cohen de apoyo o soporte social plantea que éste corresponde a la entrega de recursos psicológicos y materiales con la intención de ayudar al receptor a afrontar el estrés (citado en Chu, Saucier & Hafner, 2010). Otras definiciones plantean que el apoyo social corresponde al conocimiento que tiene una persona de que cuidan de ella, de que es estimada y que forma parte de una red de personas que se preocupan de su bienestar (Davidson & Demaray, 2007). El apoyo social puede provenir de distinta fuentes (p.e. padres, amigos, profesores) y puede ser de distintos tipos incluyendo el apoyo emocional, instrumental, de evaluación y de información. El apoyo emocional se refiere a las conductas de cuidado de los demás, la posibilidad de compartir pensamientos y experiencias personales (Malecki & Demaray, 2006; Mendez y Barra, 2008). Respecto del apoyo emocional, Mendez y Barra (2008) plantean que éste constituiría un recurso contra las amenazas a la autoestima y desempeñaría un rol en el fomento y mantenimiento de la salud y bienestar. Por su parte el apoyo de evaluación consiste en retroalimentación o información evaluativa de otros que se entrega al receptor. El apoyo instrumental corresponde a la entrega de recursos como tiempo o dinero a alguien que lo requiere. Finalmente el apoyo de información consiste en la entrega de información o consejo (Malecki & Demaray, 2006).

Según Cohen y Wills, el apoyo social se relacionaría con el bienestar debido a que ofrece emociones positivas, un sentido de valor personal, contribuye a que la propia vida sea más predecible, y además actuaría como un amortiguador del estrés al fortalecer la autoestima, autoeficacia y conductas relacionadas con la resolución de problemas (citados en Chu et al., 2010). El apoyo es considerado un recurso externo del desarrollo para los adolescentes (Valois, Zullig, Huebner & Drane, 2009) que en caso de estar presente junto a otras variables,

disminuiría la posibilidad de participar en conductas que atenten contra la salud y promueven la posibilidad de alcanzar éxito en contextos académicos e interpersonales.

Por último, en el contexto de los modelos homeostáticos del bienestar, se ha planteado que las relaciones que proporcionan intimididad y apoyo constituyen un recurso externo que al moderar la influencia de los eventos externos contribuye a la mantención de niveles positivos de bienestar en torno a un determinado nivel base que tienen todos los individuos (Cummins, 2010).

En el caso de adolescentes se ha indicado que algunas fuentes de apoyo relevantes las constituyen la familia, amigos y el personal escolar (Chu et al., 2010). De acuerdo con Meadows, Brown y Elder (2006) el apoyo de los padres en la forma de vínculos estables con uno o ambos progenitores constituiría una importante fuente de protección ante las consecuencias adversas del estrés en la adolescencia. Consistentemente con lo anterior, estudios revisados por Proctor et al., (2009) indicarían que la cercanía, vinculación y protección de los padres se asociaría en forma negativa con resultados adversos como conducta antisocial y en forma positiva con una serie de resultados favorables.

En relación con los pares, se ha destacado la influencia positiva de las amistades durante la adolescencia. Berndt menciona cuatro tipos de apoyo que pueden proporcionar los amigos durante la adolescencia. En primer lugar, el apoyo informativo resultaría relevante en el caso de los adolescentes ya que éstos encontrarían consejo y orientación de sus pares ante problemas propios de esta etapa del desarrollo, como dificultades con amigos, relaciones románticas, problemas con los padres o la escuela. Para este autor las amistades proporcionarían una fuente de apoyo ya que permiten a los adolescentes hablar de sus pensamientos y sentimientos con alguien que los entenderá y comprenderá. En cuanto al apoyo instrumental los adolescentes se entregarían apoyo en la forma de ayuda escolar o a través de acciones tales como prestamos de dinero (Berndt, 2004, citado en Arnett, 2008).

La percepción de apoyo social fue medida a partir de la escala de apoyo social para adolescentes de Seidman et al. (1995) modificada para incluir fuentes apoyo social institucional que podrían estar disponibles para los adolescentes que formaron parte del estudio. La siguiente tabla se construyó a partir de los resultados tabulados de la primera y segunda parte del instrumento. La primera parte presenta 11 proveedores potenciales de apoyo social ante los cuales los evaluados deben informar si están o no presentes en sus vidas. La segunda parte indaga respecto de la calidad del apoyo entregado.

Tal como lo indica la Tabla 49, se reconoce una presencia mayoritaria de la madre como figura proveedora de apoyo emocional para los adolescentes estando presente en el 83,3% de los casos evaluados. También con una presencia importante aparecen los hermanos con un 76,4%. Cabe destacar que la figura de los padres alcanza una presencia marcadamente menor que la registrada por la madre con alcanzado solo un 58,6%. En tercer lugar respecto de la

presencia informada por los adolescentes se encuentra los encargados de caso con un 75,9% por sobre todas las demás fuentes potenciales de apoyo a nivel institucional.

Tabla 49

Apoyo emocional	Presencia Apoyo		Calificación Apoyo		
	N	%	Ninguno	Algo o Más o menos	Mucho
Madre	150	83,3%	2,0	7,3	90,7
Padre	92	58,6%	3,3	22,8	73,9
Hermanos	133	76,4%	6,0	17,3	76,7
Pareja	75	68,2%	4,0	18,7	77,3
Amigos cercanos	100	55,9%	5,0	61,0	34,0
Conocidos tu edad	89	48,6%	22,5	55,1	22,5
Profesores	76	42,7%	18,4	55,3	26,3
ETD	111	60,3%	13,5	48,6	37,8
Profesional drogas	69	57,0%	8,7	40,6	50,7
Encargado de caso	142	75,9%	6,3	33,8	59,9

Fuente: Elaboración propia

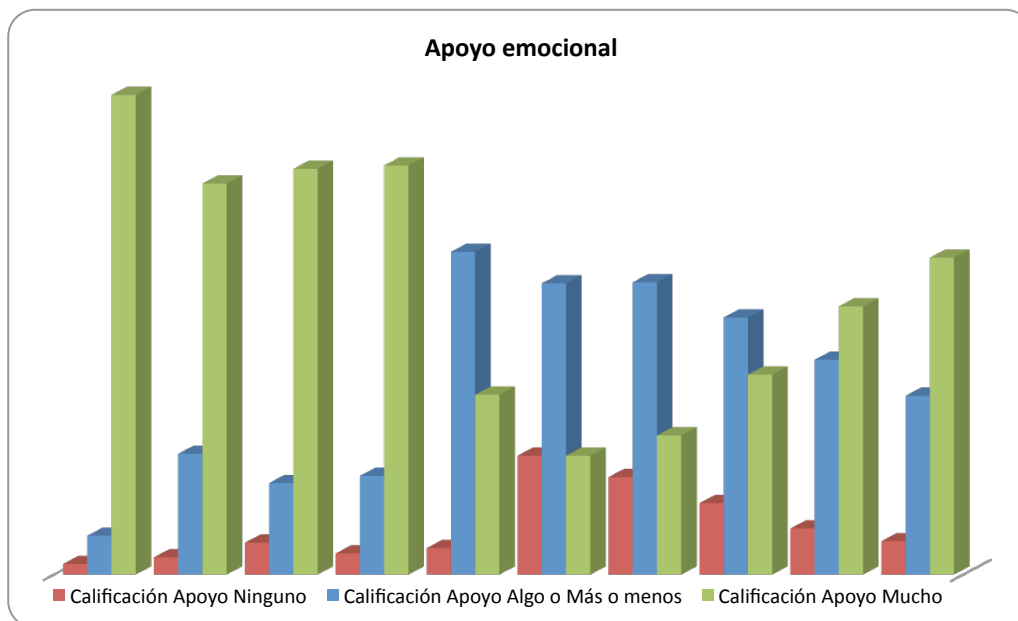
El Gráfico 8 se construyó a partir de las respuestas entregadas por los adolescentes a la sección II del instrumento. Para cada proveedor de apoyo reportado como presente por los evaluados, éstos debían calificar la calidad del apoyo emocional otorgado indicando de cuánta ayuda había sido cada figura cuando se requería este tipo de apoyo.

El Gráfico 8, presenta las respuestas de los adolescentes evaluados para cada una de las fuentes de apoyo emocional. En términos generales se aprecia que las figuras que registran mayor presencia tienden además a ser aquellas que son consideradas mejores proveedores de apoyo, concentrándose éstas principalmente dentro de los vínculos más cercanos de los adolescentes como familia y pareja.

Al analizar los distintos referentes, se observa que la figura de la madre junto con ser el proveedor de mayor presencia, tiende a ser percibida por un 90,7% de los evaluados como una fuente que proporciona mucho apoyo emocional. Otro referente que aparece como una importante fuente apoyo aunque de menor presencia es la pareja, ya que para un 77,3% de los evaluados considera que entrega mucho apoyo emocional. Los hermanos por su parte son percibidos por un 76,7% como proveedores de mucho apoyo emocional.

Dentro de las fuentes institucionales de apoyo destacan los encargados de caso, quienes además de ser percibidos como presentes por un grupo mayoritario de adolescentes, también proporcionarían mucho apoyo para un 59,9% de los adolescentes.

Gráfico 8



Fuente: Elaboración propia

La

Tabla 50 resume la presencia de los distintos proveedores y la calificación entregada por los adolescentes a cada una de dichas fuentes de apoyo respecto del apoyo instrumental entregado. Se aprecia que comparado con los niveles de apoyo emocional entregados reportados en la Tabla 49, el porcentaje de correspondiente a la categoría de “mucho apoyo” es inferior para la mayor parte de los proveedores de apoyo instrumental. En la

Tabla 50 se observa que la proporción de casos que entregan mucho apoyo instrumental es inferior a la observada para el mismo proveedor respecto del apoyo emocional. Este patrón se invierte para dos proveedores de apoyo, los “amigos cercanos” y “los conocidos de tu edad”, donde la percepción de apoyo es superior para el apoyo instrumental comparado con el emocional.

Tabla 50

Apoyo instrumental	Presencia Apoyo		Calificación Apoyo		
	N	%	Ninguno	Algo	Mucho
Madre	150	83,3%	8,7	14,0	77,3
Padre	90	57,7%	11,1	20,0	68,9
Hermanos	132	73,7%	8,3	20,5	71,2
Pareja	75	63,6%	21,3	18,7	60,0
Amigos cercanos	98	52,7%	13,3	37,8	49,0
Conocidos tu edad	86	45,7%	20,9	41,9	37,2
Profesores	74	40,2%	44,6	39,2	16,2

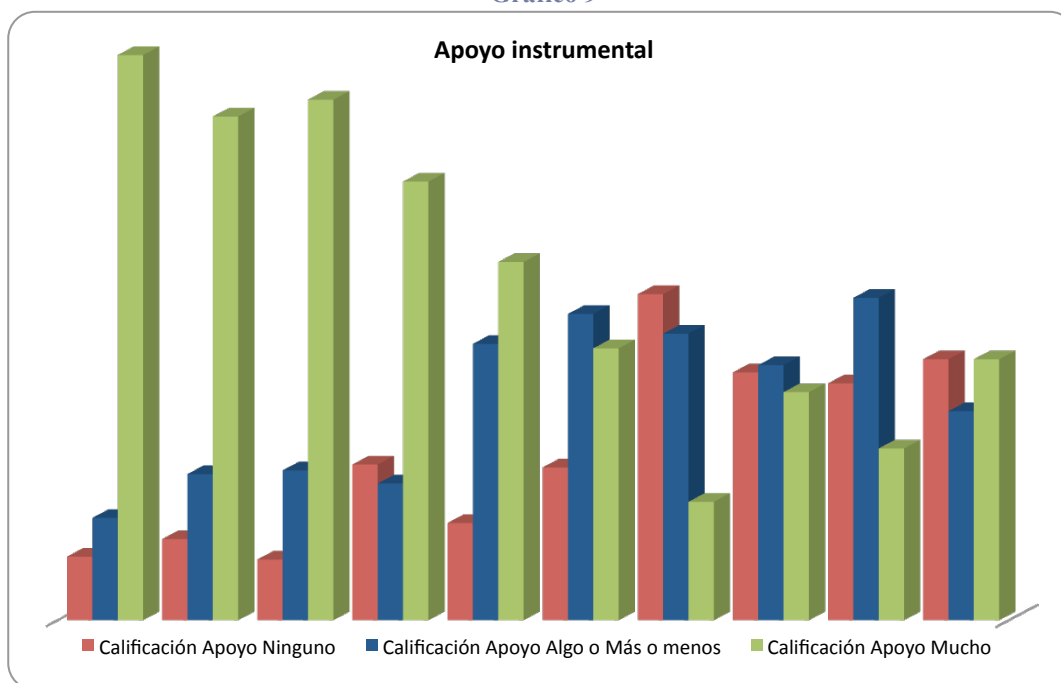
ETD	109	58,6%	33,9	34,9	31,2
Profesional drogas	68	54,4%	32,4	44,1	23,5
Encargado de caso	140	74,9%	35,7	28,6	35,7

Fuente: Elaboración propia

El Gráfico 9 presenta las respuestas de los adolescentes evaluados para cada una de las fuentes de apoyo instrumental. Se reconoce que tanto en el caso de los referentes familiares como en el de la pareja y los amigos cercanos el número de adolescentes la categoría mucho apoyo es la mayoritaria. La madre resulta ser el referente que proporciona mayor apoyo instrumental para los adolescentes quienes perciben que reciben mucho apoyo de parte de ésta en un 77,3% de los casos. Le siguen como proveedores de apoyo instrumental los hermanos y el padre, quienes entregarían mucho apoyo para un 71,2% y 68,9% de los adolescentes respectivamente. En un nivel inferior se ubica la percepción de apoyo instrumental proveniente de la pareja ya que un 60% de los casos.

Entre las fuentes de apoyo a nivel institucional los encargados de caso son percibidos por un 35,7% de los adolescentes como entregando mucho apoyo instrumental, sin embargo igual proporción considera que reciben ningún apoyo de este tipo de su parte.

Gráfico 9



Fuente: Elaboración propia

La

Tabla 51 resume las respuestas entregadas por los adolescentes a la sección IV del instrumento que indaga respecto al nivel de satisfacción con la relación establecida con cada

uno de los proveedores de apoyo, en ella se denota que los niveles de satisfacción con las relaciones son en general favorables para la mayor parte de los proveedores.

Tabla 51

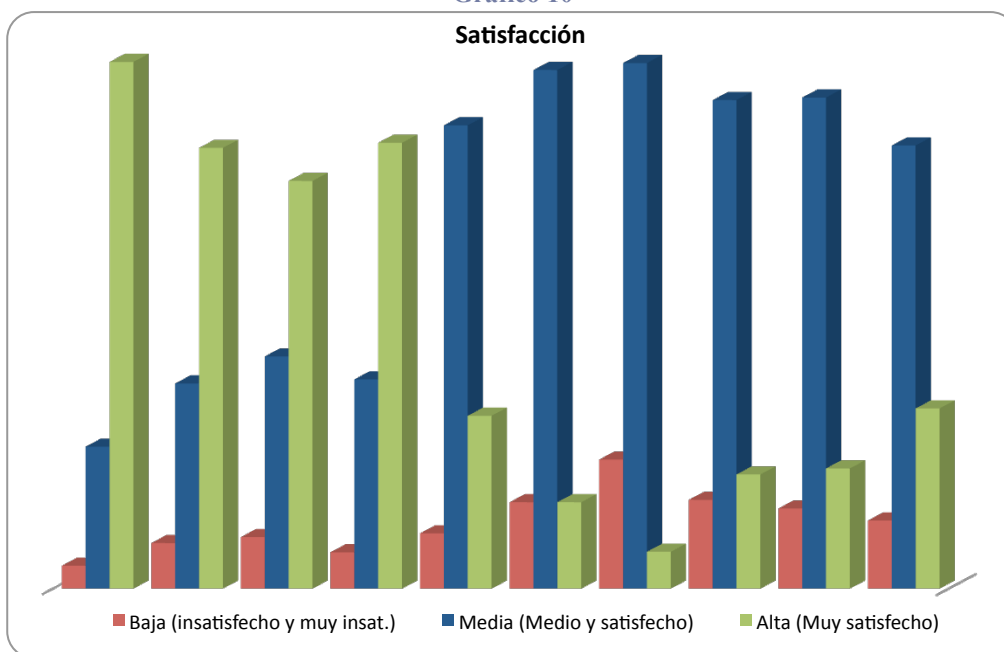
Satisfacción	Calificación satisfacción				
	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
Madre	2,0	1,3	2,6	17,9	76,2
Padre	1,1	5,5	4,4	25,3	63,7
Hermanos	3,0	4,5	4,5	29,1	59,0
Pareja	0,0	5,3	7,9	22,4	64,5
Amigos cercanos	1,0	7,0	18,0	49,0	25,0
Conocidos tu edad	5,7	6,8	38,6	36,4	12,5
Profesores	6,7	12,0	38,7	37,3	5,3
ETD	2,8	10,1	25,7	45,0	16,5
Profesional drogas	2,9	8,7	18,8	52,2	17,4
Encargado de caso	1,4	8,5	16,9	47,2	26,1

Fuente: Elaboración propia

El

Gráfico 10 presenta las categorías agrupadas según niveles de satisfacción. Al analizar los proveedores según estas agrupaciones se observa que los adolescentes se encuentran más satisfechos con los referentes más cercanos que incluyen además de sus familiares a sus parejas. En todos esos casos la mayor parte de los adolescentes tiende a informar altos niveles de satisfacción particularmente en el caso de la madre con un 76,2%. Para todos los demás referentes dominan niveles medios de satisfacción. Cabe señalar sin embargo que respecto de los encargados de caso y los amigos cercanos, existe una proporción importante de adolescentes que informa un alto nivel de satisfacción con un 26,1% y 25% respectivamente.

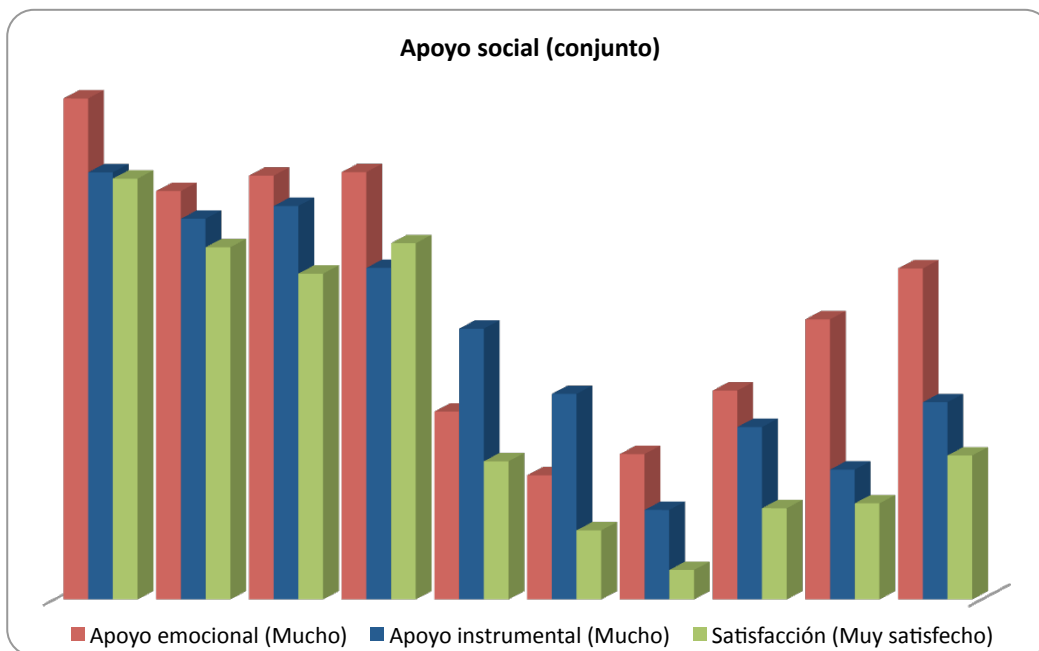
Gráfico 10



Fuente: Elaboración propia

El Gráfico 11 muestra que el análisis conjunto de estas categorías indica que en todas ellas los referentes familiares y la pareja, son quienes proporcionan mayor apoyo y respecto de las cuales existe mayor satisfacción. Dentro de las fuentes institucionales los encargados de caso son la fuente que provee mayores niveles de apoyo y satisfacción seguidos de los profesionales de los programas de tratamiento de drogas.

Gráfico 11



Fuente: Elaboración propia

El análisis de diferencia de medias a través de la Prueba T de Student en los niveles informados de apoyo social entre el grupo de adolescentes que presenta trastornos y el que no los presenta, se reporta en la tabla siguiente. Tal como lo indica la

Tabla 52, pese a que tanto en el apoyo emocional como en la satisfacción con las relaciones se observan mayores niveles medios en el grupo que no presenta trastornos, estas diferencias no alcanzan significación estadística para ningún tipo de apoyo.

Tabla 52

Apoyo social	Presenta algún trastorno salud mental	N	Media	Desv. Estándar	t	Sig.
Apoyo Emocional	No	33	1,98	0,44	0,39	0,69
	Si	112	1,95	0,42		
Apoyo Instrumental	No	35	1,80	0,45	-0,87	0,38
	Si	111	1,88	0,47		
Satisfacción	No	42	3,60	0,58	0,20	1,28
	Si	120	3,45	0,69		

Fuente: Elaboración propia

El análisis de diferencia de medias se realizó además entre los grupos que presentaban o no presentaban distintos tipos de trastornos, la

Tabla 53 muestra que no se constatan diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos que han presentado y no han presentado trastornos ansiosos. Los valores obtenidos en este análisis son $t=0,32$ ($p>0,05$) para apoyo emocional, $t=0,22$ ($p>0,05$) para apoyo instrumental, y $t=0,30$ ($p>0,05$) para satisfacción con las relaciones.

Tabla 53

Apoyo social	Presenta algún trastorno ansioso	N	Media	Desv. Est.	t	Sig.
Apoyo Emocional	No	86	1,95	0,41	0,32	0,31
	Si	59	1,96	0,46		
Apoyo Instrumental	No	88	1,83	0,44	0,22	0,21
	Si	58	1,90	0,49		
Satisfacción	No	98	3,50	0,56	0,30	0,10
	Si	64	3,47	0,75		

Fuente: Elaboración propia

Tal como lo indica la

Tabla 54, no se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos que han presentado y no han presentado trastornos misceláneos. Los valores obtenidos en este análisis son los siguientes, $t=0,06$ ($p>0,05$) para apoyo emocional, $t=-0,42$ ($p>0,05$) para apoyo instrumental, y $t=0,01$ ($p>0,05$) para satisfacción con las relaciones. Al igual que en el primer análisis de diferencia de medias se observaron mayores niveles medios de apoyo instrumental en el grupo que ha presentado trastornos aunque sin significación estadística.

Tabla 54

Apoyo social	Presenta algún trastorno misceláneo	N	Media	Desv. Est.	t	Sig.
Apoyo Emocional	No	139	1,96	0,43	0,06	0,95
	Si	6	1,95	0,46		
Apoyo Instrumental	No	140	1,86	0,46	-0,42	0,67
	Si	6	1,94	0,36		
Satisfacción	No	156	3,49	0,64	0,01	0,99
	Si	6	3,49	0,62		

Fuente: Elaboración propia

Como es posible constatar en la Tabla 55, no se observan diferencias medias estadísticamente significativas al comparar los grupos que han presentado y no han presentado trastornos afectivos, aunque en las tres variables los niveles medios son mayores para el grupo que ha presentado trastornos. Los valores obtenidos en este análisis son los siguientes, $t=-1,29$ para apoyo emocional, $t=-1,28$ para apoyo instrumental, y $t=-0,63$ para satisfacción.

Tabla 55

Apoyo social	Presenta algún trastorno afectivo	N	Media	Desv. Est.	t	Sig.
Apoyo Emocional	No	120	1,94	0,42	-1,29	0,19
	Si	25	2,06	0,47		
Apoyo Instrumental	No	121	1,84	0,45	-1,28	0,20
	Si	25	1,97	0,52		
Satisfacción	No	135	3,48	0,60	-0,63	0,52
	Si	27	3,56	0,78		

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 56 por su parte, muestra que no se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias de los grupos que han presentado y no han presentado trastornos disruptivos. Los valores obtenidos en este análisis son los siguientes, $t=-1,29$ ($p>0,05$) para apoyo emocional, $t=-1,28$ ($p>0,05$) para apoyo instrumental, $t=-0,63$ ($p>0,05$) para satisfacción con las relaciones. Se observaron mayores niveles medios de apoyo instrumental en el grupo que ha presentado trastornos aunque sin significación estadística.

Tabla 56

Apoyo social	Presenta algún trastorno disruptivo (Año)	N	Media	Desv. Est.	t	Sig.
Apoyo Emocional	No	68	1,99	0,44	0,78	0,91
	Si	77	1,93	0,42		
Apoyo Instrumental	No	72	1,82	0,45	-1,06	0,47
	Si	74	1,90	0,47		
Satisfacción	No	81	3,52	0,58	0,64	0,54
	Si	81	3,46	0,69		

Fuente: Elaboración propia

Tal como lo indica la Tabla 57, no se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar la medias de los grupos que han presentado y no han presentado trastornos de sustancias. Los valores obtenidos en este análisis son los siguientes, $t=-0,10$ ($p>0,05$) para apoyo emocional, $t=0,59$ ($p>0,05$) para apoyo instrumental, $t=-0,61$ ($p>0,05$) para satisfacción con las relaciones. Para dos de las tres variables se observaron mayores niveles medios en el grupo que ha presentado trastornos aunque sin significación estadística. Únicamente respecto del apoyo instrumental se registraron mayores niveles medios en el grupo que no ha presentado trastornos que tampoco resultaron significativas.

Tabla 57

Apoyo social	Presenta algún	N	Media	Desv.	t	Sig.
--------------	----------------	---	-------	-------	---	------

trastorno de sustancias (Año)		Est.				
Apoyo Emocional	No	70	1,95	0,46	-0,10	0,92
	Si	75	1,96	0,41		
Apoyo Instrumental	No	71	1,88	0,47	0,59	0,55
	Si	75	1,84	0,46		
Satisfacción	No	85	3,46	0,71	-0,61	0,54
	Si	77	3,52	0,54		

Fuente: Elaboración propia

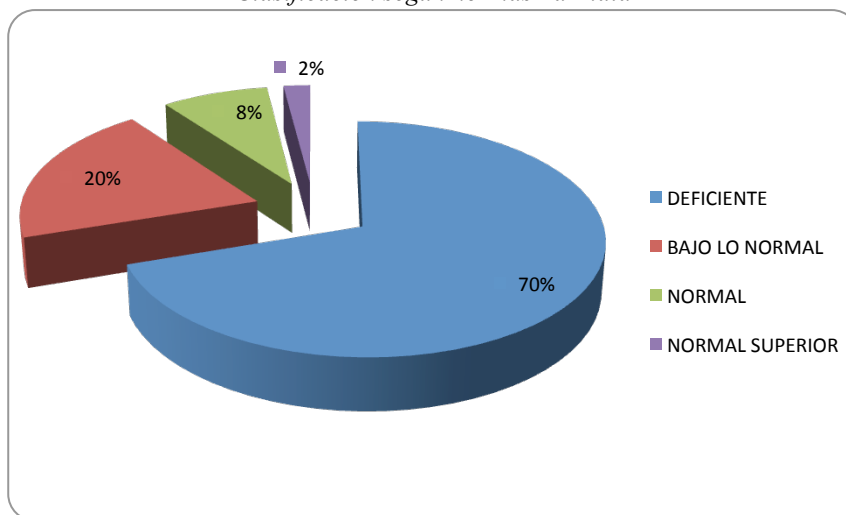
4.11. Potencial intelectual

Para la evaluación del potencial intelectual se utilizó la escala general del Test de Matrices Progresivas de Raven, el cual fue aplicado en forma individual. El número de cuestionarios válidos para esta prueba fue 196. Para la clasificación se CI se utilizaron las normas de la Ciudad de La Plata publicadas el año 2000 que se presentan en primer lugar y las normas chilenas de Ivanovic et al (2000). Lo anterior debido a que las normas chilenas sólo están disponibles hasta los 18 años y medio, mientras que las normas argentinas cubren todo el rango de edad de los casos considerados en este estudio.

Las clasificaciones obtenidas a partir de estas normas representan categorías descriptivas utilizadas con fines de referencia y análisis, y no corresponden a calificaciones diagnósticas que deberían obtenerse en base a una evaluación de carácter clínico.

El Gráfico 12 indica que la proporción de adolescentes que presentan un rendimiento en el test de Raven inferior a lo esperado según su grupo de referencia es mayoritaria. El 69,9% (137 adolescentes) obtiene un porcentaje inferior al percentil 5 [P5](calificado como deficiente) de la norma de La Plata. Por su parte un 19,9% (39 adolescentes) obtienen porcentaje entre el percentil 10 [P10] y el percentil 25 [P25] de la norma antes referida (referido como bajo lo normal). En el rango normal o equivalente al percentil 50 [P50] de las normas de referencia se ubican el 8,2% (16 adolescentes), mientras que un 2% se ubica en el rango normal superior representado por los casos con un rendimiento que los ubique entre el percentil 75 [P75] y percentil 90 [P90].

Gráfico 12
Clasificación según normas La Plata



Fuente: Elaboración propia

La

Tabla 58 corresponde a la frecuencia de los distintos rangos de potencial intelectual según grupos de edad. Tal como lo indica la

Tabla 58, de acuerdo a la clasificación elaborada a partir de la normas de La Plata, se aprecia que en todos los grupos de edad la mayor parte de los casos obtuvieron un rendimiento inferior al P5 (deficiente). El rango de edad que presenta un mayor porcentaje de casos bajo el P5 es el 23-24 años donde el único caso de este rango registra este nivel de rendimiento. El segundo grupo etario en presentar mayor porcentaje de casos en este rango es el de 19-20 años con un 74,4% (58 adolescentes de 78), seguido por los rangos de 17-18 años con un 69,9% (65 adolescentes de 93), el rango de 21-22 años con un 60% (6 de 10 casos). Finalmente se ubica el rango entre 15-16 años con una presencia de adolescentes que obtienen este nivel de desempeño que alcanza un 50% (7 de 14 casos).

Tabla 58

CLASIFICACIÓN LA PLATA	RANGOS EDAD LA PLATA											
	15-16		17-18		19-20		21-22		23-24		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DEFICIENTE	7	50,0	65	69,9	58	74,4	6	60,0	1	100,0	137	69,9
BAJO LO NORMAL	6	42,9	17	18,3	13	16,7	3	30,0	0	0,0	39	19,9
NORMAL	1	7,1	9	9,7	5	6,4	1	10,0	0	0,0	16	8,2
NORMAL SUPERIOR	0	0,0	2	2,2	2	2,6	0	0,0	0	0,0	4	2,0
TOTAL	14	100,0	93	100,0	78	100,0	10	100,0	1	100,0	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los adolescentes con un rendimiento bajo lo normal (P10-P25), se aprecia que el rango entre 15-16 años es el que proporcionalmente presenta mayor porcentaje de casos con un 42,9% (6 casos de 14), seguido del rango entre 21-22 años con un 30% (3 de 10 casos), el rango entre 17-18 años con un 18,3% (17 de 93 casos). Finalmente el grupo entre 19-20 años presente un porcentaje de 16,7% (13 de 78 adolescentes) con rendimiento bajo lo normal.

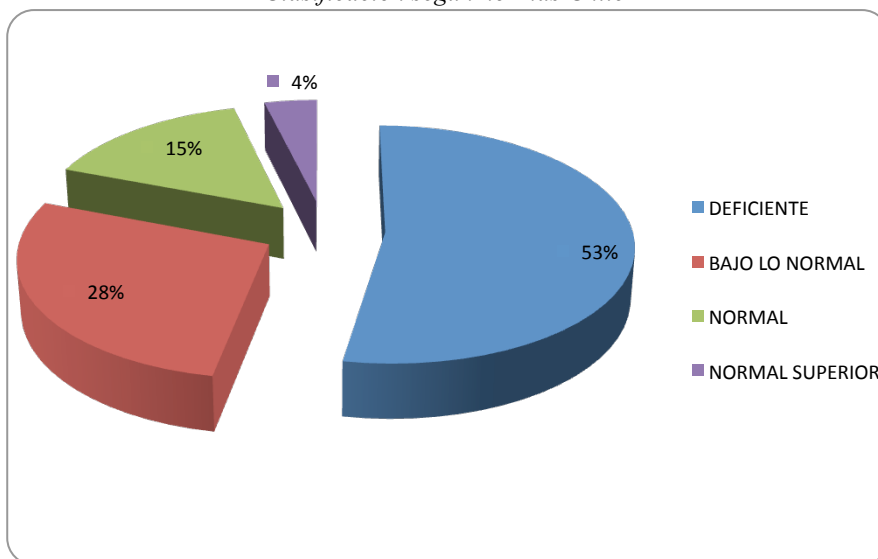
Respecto de los adolescentes clasificados con un rendimiento normal (P50), el rango de edad que proporcionalmente presenta mayor presencia de estos caso en el de 21-22 años con un 10% (1 caso de 10), seguido del rango entre 17-18 años con (9 de 93 adolescentes), y el rango entre 15-16 años con un 7,1% (1 caso de 14). Por último el rango entre 19-20 años registra un 6,4% (5 de 78 casos) con un rendimiento normal. Para concluir se observa que solo el rango entre 17-18 años presenta casos en el rango normal superior (P75-P90) donde este grupo corresponde a un 2,2% (2 de 93 casos) de los adolescentes de ese grupo etario.

Como se señaló anteriormente junto con la clasificación a partir de la norma argentina se realizó la clasificación de aquellos adolescentes que se encontraban en el rango de edad cubierto dentro por la norma de Ivanovic et al (2000) que comprende hasta los 18 años 6 meses. Este subgrupo de la muestra está representado por 104 adolescentes.

El Gráfico 13 señala de acuerdo a la norma chilena la mayor parte de los adolescentes evaluados presentan un rendimiento en el test de matrices Progresivas de Raven (escala general) bajo lo esperado para su grupo de referencia. El 52,9% (55 casos) alcanza un rendimiento inferior al P5 (deficiente), mientras que el 27,9% (29 casos), presenta un rendimiento entre P10 y P25 (bajo lo normal). El 15,4% (16 casos) alcanza un rendimiento equivalente al P50 o normal. Finalmente un 3,8% de los evaluados alcanzó un rendimiento normal superior de acuerdo con la norma chilena. Al observar las clasificaciones asignadas considerando ambas normas se aprecia que mientras un 89,8% de los adolescentes presenta un rendimiento bajo lo esperado para su grupo de referencia con la norma de la Plata, en el caso de la norma chilena este porcentaje llega a un 80%.

Gráfico 13

Clasificación según normas Chile



Fuente: Elaboración propia

Al analizar los rangos de edad cubiertos por la norma de Ivanovic et al. (2000), la Tabla 59 muestra que el grupo que proporcionalmente presenta un mayor porcentaje de casos con rendimiento inferior al P5 (deficiente) se encuentra en el rango 17-18 años. Esta categoría representa un 60,2% (53 de 88 casos) de los entrevistados en ese rango etario. En cambio en las categorías entre P10 y P25 (bajo lo normal) y P50 (normal) existe un porcentaje mayor de casos entre 15-16 años con un 37,5% 6 casos en ambas categorías. Finalmente se aprecia que existe proporcionalmente un porcentaje mayor de mayor de casos entre 15-16 años que califican en el rango sobre el P75 - P90 (normal superior).

Tabla 59

CLASIFICACIÓN CHILE	RANGOS EDAD CHILE					
	15-16		17-18		TOTAL	
	N	%	N	%		%
DEFICIENTE	2	12,5	53	60,2	55	52,9
BAJO LO NORMAL	6	37,5	23	26,1	29	27,9
NORMAL	6	37,5	10	11,4	16	15,4
NORMAL SUPERIOR	2	12,5	2	2,3	4	3,8
TOTAL	16	100	88	100	104	100

Fuente: Elaboración propia

La norma chilena cubre hasta 18.5 años por lo tanto solo cubre parte de la muestra evaluada (104 casos)

Al observar por centro de cumplimiento de condena, analizando los puntajes de acuerdo a las normas de La Plata (2000), tal como lo indica la Tabla 60 se observa que el centro que proporcionalmente presenta un mayor porcentaje de casos con un rendimiento inferior al P5 (deficiente) es el centro Santiago con un 80% (4 de 5 casos) de la población evaluada perteneciente a ese rango de edad. Esa misma categoría representa un 75,6% (93 de los 123 casos) de los adolescentes en el centro San Bernardo, un 66,7% (30 de 45 adolescentes) en el centro Limache y un 43,5% (10 de 23 adolescentes) en el centro Graneros.

La categoría entre el P10 y el P25 (bajo lo normal), representa un 22,2% de los caso en el centro Limache (10 de 45 adolescentes), un 21,7% en el centro Graneros (5 de 23 adolescentes), un 20% (1 de 5 adolescentes) en el centro Santiago y un 18,7% (23 de 123 en San Bernardo).

El grupo que alcanza un rendimiento equivalente al P50 (normal), representa un 26,1% (6 de 26 adolescentes) de la población evaluada en Graneros, un 6,7%(3 de 45 casos) de Limache, y un 5,7% (7 de 123) de los adolescentes de San Bernardo.

Por último solo se observan caso en la categoría normal superior en 2 de los 4 centros. éstos representan el 8,7% (2 de 23) adolescentes de Graneros y un 4,4% (2 de 45) de los evaluados en Limache.

Tabla 60

CLASIFICACIÓN NORMAS LA PLATA	CENTRO							
	GRANEROS		LIMACHE		SAN BERNARDO		SANTIAGO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
DEFICIENTE	10	43,5	30	66,7	93	75,6	4	80,0
BAJO LO NORMAL	5	21,7	10	22,2	23	18,7	1	20,0
NORMAL	6	26,1	3	6,7	7	5,7	0	0
NORMAL SUPERIOR	2	8,7	2	4,4	0	0	0	0
TOTAL	23	100,0	45	100,0	123	100,0	5	100,0

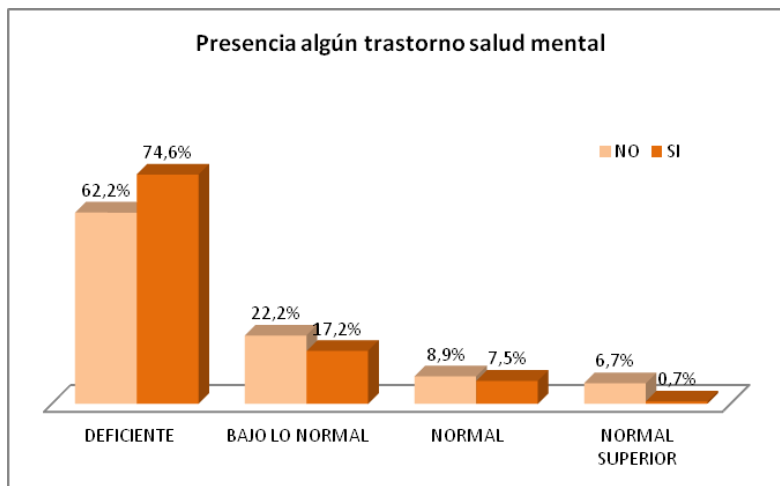
Fuente: Elaboración propia

En el

Gráfico 14, se presentan 2 barras para cada categoría de CI medida con las normas de la Plata. La altura de la primera es proporcional al número de casos que obtiene un rendimiento correspondiente a esa categoría de CI entre los adolescentes que **no** han presentado trastornos de salud mental. Por su parte la segunda representa el número de caso con un rendimiento asimilable a una determinada categoría de CI que han presentado trastornos de salud mental durante los últimos 12 meses. Se aprecia que la comparativamente la proporción

de casos que alcanza a un rango de CI deficiente (bajo P5) es mayor en el caso de los adolescentes que han presentado trastornos, representando un 74,6% versus un 62,2% en los que no han presentado trastornos. Esta relación se invierte para las restantes categorías de CI.

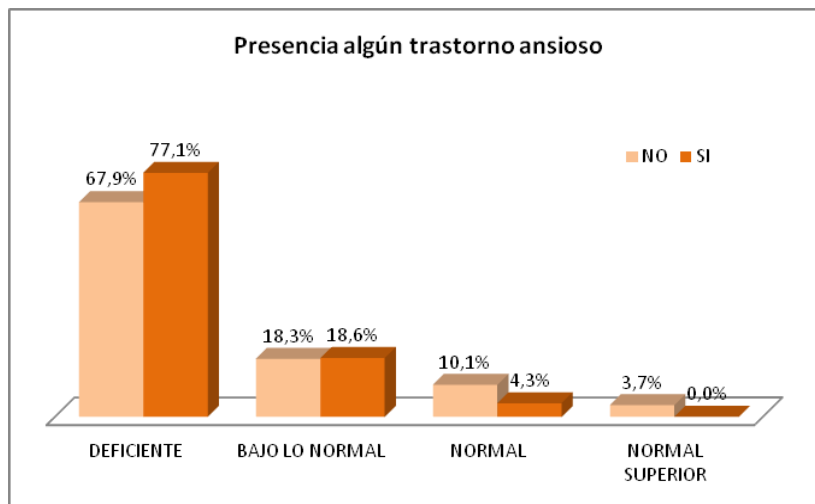
Gráfico 14



Fuente: Elaboración propia

El Gráfico 15 presenta información similar al anterior en este caso para los adolescentes que han presentado o no algún trastorno ansioso. Se reconoce que comparativamente una proporción mayor de los adolescentes que presentan trastornos ansiosos califican en el rango de CI deficiente (inferior al P5) con un 77,1% versus un 67,9% de los que no presentan trastornos ansiosos. Si se revisan los adolescentes que califican dentro del rango bajo lo normal (entre p5 y p25) se observa que ambos grupos se equiparan ya que un 18,6% de quienes presenta trastornos ansiosos califica dentro de ese rango versus un 18,3% de quienes no los han presentado. En las restantes categorías se observa que un porcentaje mayor de casos que no recibe diagnósticos de tipo ansioso alcanza un rendimiento en esos rangos de CI. Finalmente en el rango normal superior no se observa presencia de casos provenientes del grupo que ha calificado dentro de algún trastorno ansioso.

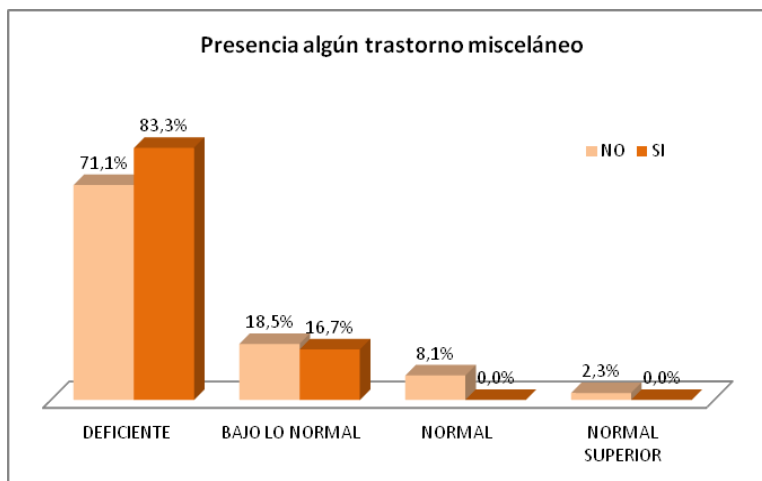
Gráfico 15



Fuente: Elaboración propia

El patrón observado en las otras agrupaciones de trastornos se replica también en el caso de los trastornos misceláneos (Gráfico 16), ya que el porcentaje de casos que alcanzan el rango de CI inferior al P5 (deficiente), alcanza un 83,3% para quienes han presentado un trastorno misceláneo y un 71,1% para quienes no lo presentan. En el rango bajo lo normal esta relación se invierte y pasa a ser el grupo que no presenta trastornos misceláneos el que presenta un mayor número de casos en esta categoría. En los rangos normal y normal superior no existe presencia de casos que hayan calificado en algún trastorno misceláneo.

Gráfico 16

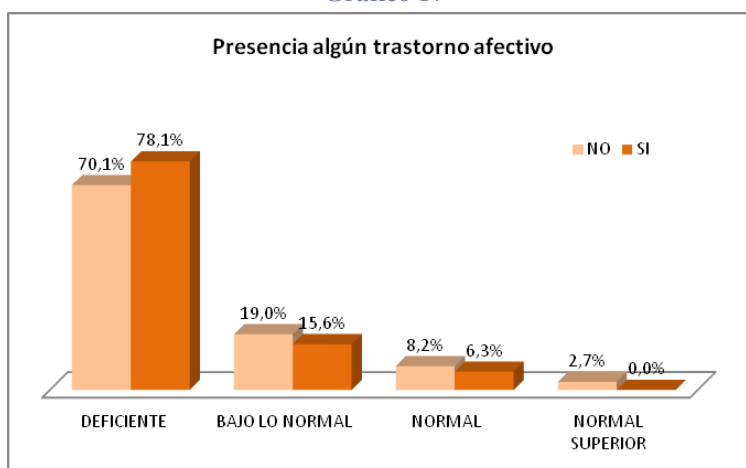


Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 17 se observa que una proporción mayor de adolescentes que ha presentado trastornos afectivos alcanza un rendimiento dentro del rango inferior al P5 con un 78,1% versus un 70,1% de quienes no presentan trastornos. También en esta agrupación de

trastornos en el resto de las categorías esta relación se invierte llegando a la ausencia de casos provenientes del grupo que ha presentado trastornos ansiosos en el grupo normal superior.

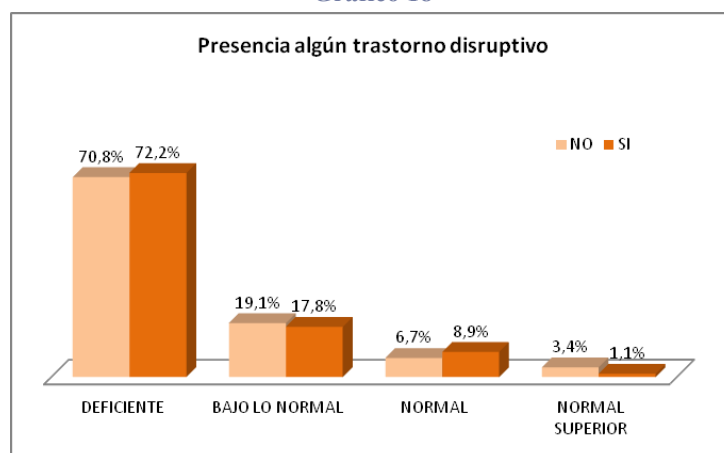
Gráfico 17



Fuente: Elaboración propia

Se observa en el Gráfico 18 que una proporción mayor de adolescentes que ha presentado trastornos disruptivos alcanza un rendimiento dentro del rango inferior al P5 con un 72,2% versus un 70,8% de quienes no presentan trastornos. Esta misma relación se observa en el grupo que alcanza un rendimiento en el P50 (normal). En cambio en los grupos entre P10-P25 (bajo lo normal) y en el rango P75-P90 (normal superior) existe proporcionalmente un mayor porcentaje de casos que alcanza esos rangos de C.I.

Gráfico 18

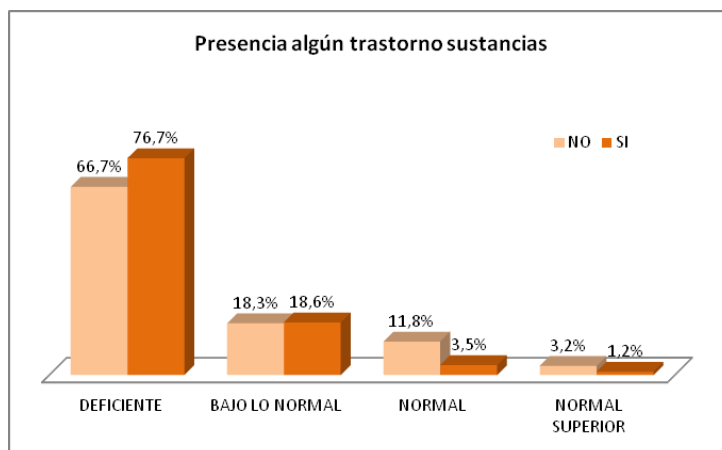


Fuente: Elaboración propia

El Gráfico 19, por su parte, muestra que en cuanto a la categoría inferior al P5 (deficiente), se aprecia una mayor cantidad de casos del grupo que presentaba trastornos de sustancias alcanzó ese rendimiento con un 76,7% contra un 66,7% de quienes no los presentan. En la

categoría entre P10-P25 (bajo lo normal), se identifica una mayor proporción de adolescentes que presenten trastornos de sustancias aunque la diferencia es muy pequeña (18,6% contra un 18,3%). En las restantes categorías de CI es el grupo de quienes no presentan trastornos de sustancia quienes alcanzan en mayor proporción dichos niveles desempeño.

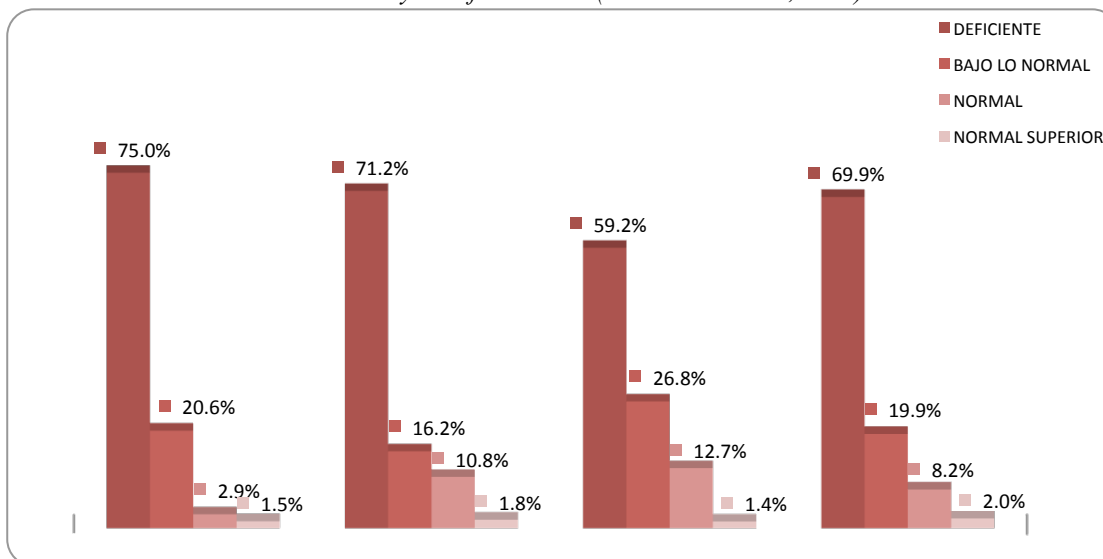
Gráfico 19



Fuente: Elaboración propia

A partir de la información proporcionada por SENAME respecto a la situación escolar de los adolescentes del estudio se examinó la distribución de acuerdo al rendimiento alcanzado en el test de Raven calificado a partir de las normas de La Plata (2000). Los distintos niveles educacionales fueron agrupado en tres niveles: cursando educación básica, cursando educación media y terminada educación media. Para cada nivel educativo se reporta la cantidad de casos en ese grupo que cumplen con cada uno de las categorías de potencial intelectual (Gráfico 20).

Gráfico 20
Escolaridad y clasificación CI (Normas La Plata, 2000)



Fuente: Elaboración propia

En los tres niveles educativos se observa un predominio del grupo que alcanza un rendimiento en el rango inferior al P5 o deficiente. Proporcionalmente la presencia de adolescentes con este rendimiento es mayor en el grupo que se encuentra cursando educación básica donde alcanza un 75%, seguido del grupo que cursa educación media donde representa un 71,2% y del grupo que presenta educación media completa donde representa un 59,2%. De esta forma se reconoce respecto de este nivel, que a medida que se incrementa el nivel educacional disminuye la proporción de casos con un rendimiento bajo. Por el contrario para el grupo con rendimiento entre P10 –P25 o bajo lo normal se observa una mayor proporción dentro de quienes han finalizado la educación media que alcanza el 26,8%. En este grupo también se aprecia proporcionalmente una mayor presencia de adolescentes con un rendimiento en el P50 o normal respecto de los otros grupos ya que alcanza el 12,7%.

5. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tras la exposición anterior de los distintos resultados del estudio cabe discutir dicha información en base a criterios de comparación obtenidos a partir de la literatura nacional e internacional sobre salud mental en infractores de ley y población general. Es importante aclarar que debido a las diferencias metodológicas (p.e. estrategias de muestreo, trastornos incluidos, instrumentos utilizados, rango de edad de los participantes) que presentan los distintos estudios revisados, la información reportada en otros estudios no es directamente comparable y se presenta con fines de referencia para entregar un panorama general de los distintos problemas de salud mental en infractores de ley privados de libertad.

5.1. Prevalencia de trastornos de salud mental

Según los resultados obtenidos el número de adolescentes que ha presentado un trastorno de salud mental durante los 12 meses anteriores a la realización de la evaluación, es cercano a dos tercios de la población estudiada. El referente más cercano corresponde al estudio de Rioseco et al. (2009), que arrojó una prevalencia de un 90% de algún trastorno en la población de infractores de ley que se encontraban cumpliendo condena.

Además los estudios internacionales apuntan a un panorama similar respecto a la salud mental en los jóvenes privados de libertad. Así por ejemplo el estudio de Teplin en USA, Illinois (Teplin et al, 2002), utilizó el instrumento DISC 2.3 en grupo etéreo entre 10-18 años de niños y jóvenes encarcelados; arrojó de 60% de patología psiquiátrica en los hombres y de un 70 % en las mujeres.

Aunque con cierta variabilidad los resultados obtenidos en población chilena son similares a los obtenidos en publicaciones internacionales como la de Teplin, donde se aprecian niveles de patología psiquiátrica significativamente superiores a los de la población general en edad infanto adolescente. Así por ejemplo como referencia es posible mencionar el estudio Vicente et al. (2011) quienes reportan un 35,7% de prevalencia anual para cualquier trastorno para la población entre 12 y 18 años de la ciudad de Santiago.

El indicador global de prevalencia de problemas de salud mental pone en evidencia la importancia de abordar esta temática como un eje central de intervención en el área de justicia juvenil ya que los centros cuentan con un a proporción importante de su población con sintomatología.

Al analizar los tipos de patología más prevalentes, se aprecia un predominio de los trastornos de tipo disruptivo y de trastornos asociados al consumo de drogas. Dada las características de dichos grupos de patologías se espera que su aparición haya sido relativamente temprana y por tanto haya antecedido a la privación de libertad, De esta forma los centros reciben a una población portadora de problemas de salud mental, que posiblemente tengan un periodo

importante de tiempo sin haber sido detectados o bien sin haber recibido el tratamiento adecuado.

Un grupo de trastornos cuya aparición y manifestaciones podría vincularse en forma más directa a la condición de privación de libertad lo constituyen los trastornos ansiosos y afectivos. La presencia de los primeros resulta importante cuando se revisa el indicador de prevalencia anual, sin embargo la presencia de casos que cumplen criterios clínicos de algún trastorno ansioso tiende a disminuir cuando se revisa la prevalencia mensual indicando una disminución de la sintomatología con el paso del tiempo. Un patrón similar se observa en el caso de los trastornos afectivos con una menor prevalencia mensual cuando se le compara con el indicador de 12 meses.

Otro patrón observado en los resultados que resulta relevante destacar es la mayor prevalencia de patología psiquiátrica registrada en los 2 centros con mayor población incluidos en el estudio. Al respecto cabe preguntarse si las condiciones presentes en dichos centros representan un factor adicional de adversidad que impacta desfavorablemente sobre la salud mental de los jóvenes que cumplen condenas en régimen cerrado.

Es esperable que los centros que cuenten con mayor población presenten también condiciones de habitabilidad deterioradas y estilos relacionales similares a los que se observan en instituciones para población adulta. Así los jóvenes de estos centros se verían expuestos en mayor medida a interacciones donde priman relaciones jerárquicas bastante violentas que requieren de estrategias de adaptación complejas, que aumentan las condiciones de estrés y ansiedad.

Este resultado en particular podría apuntar hacia la influencia de los elementos contextuales en los niveles de psicopatología de la población privada de libertad, lo que pone en evidencia la necesidad de proveer condiciones adecuadas de habitabilidad, promover estilos no violentos de convivencia, y en términos generales diseñar estrategias que permitan la mitigación de los distintos factores estresores atribuibles a la permanencia en el centro cerrado.

Por último al analizar los niveles de psicopatología por grupos etarios, fue posible observar una mayor presencia de problemas de salud mental en el grupo entre los 21 años o más (90% de prevalencia anual que representan 9 de 10 casos). Esto puede asociarse, por un lado a las características propias del período evolutivo de adultez temprana en que se encuentran aquellos jóvenes con mayor prevalencia de trastornos, período en que se consolida la identidad y los trastornos de desarrollo en la adolescencia. Independiente de las posibles explicaciones a este hallazgo resulta importante relevar que los jóvenes de mayor edad que cumplen condenas privativas de libertad en centros de Sename constituyen una población vulnerable para la cual puede resultar relevante desarrollar intervenciones específicas.

A continuación se comentarán los hallazgos relativos a las distintas agrupaciones de trastornos y a los trastornos específicos que forman parte de cada una de ellas.

5.2. Trastornos ansiosos

Los trastornos de ansiedad constituyen una de las patologías más frecuentes de la infancia y de la adolescencia. Presentan una tasa de prevalencia entre el 10-20% de la población (Costello et al. 2004). Estos trastornos agrupan una serie de cuadros clínicos en los que la base fenomenológica la constituye la angustia patológica. La angustia patológica generalmente no tiene una causa externa identificable y la sensación de peligro indefinido y desconocido es aquí máxima. La angustia es patológica cuando, aparece en una etapa del desarrollo a la cual no corresponde, cuando su expresión en la corporalidad es de gran intensidad, cuando se mantiene por un período muy prolongado, aunque sea una respuesta normal para una determinada etapa del desarrollo, o bien cuando se compromete el funcionamiento y desempeño personal o social, dificultando la adaptación exitosa a las exigencias normales de la vida.

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían con la edad y por lo tanto, con el desarrollo cognitivo y emocional de cada niño (Weems y Costa, 2005). El objeto de la angustia patológica también sigue un patrón etario, siendo la ansiedad social relevante en la adolescencia.

Las características de la ansiedad dependen de las características personales del individuo, las vivencias que haya tenido, la educación y el ambiente en el que vive. La capacidad intelectual modula la percepción que el sujeto tiene del mundo y el sentido y significado que hace de los acontecimientos.

En el presente estudio el grupo que había cumplido los criterios de alguno de los trastornos ansiosos alcanza al 33% de los adolescentes. No se cuenta con un referente directo de comparación ya que el estudio de Rioseco et al (2009) no entrega los resultados agrupados para los trastornos. Estos niveles resultan superiores a los reportados por Teplin et al. (2002) que alcanzaron un 21,3 % para población masculina y un 30,8% en población femenina aunque estos niveles corresponden a la prevalencia de los últimos 6 meses evaluada a partir del Disc 2.3. Una diferencia destacable con este estudio fue que los mayores niveles de trastornos ansiosos se presentaron en el grupo entre 14 y 15 años y fueron disminuyendo en la población mayor de 16 a diferencia del presente estudio donde aparece una mayor proporción de trastornos ansiosos en los grupos mayores a esa edad particularmente en el mayor de 21 años.

Asimismo las cifras del presente estudio resultan particularmente altas si se comparan con las encontradas en el estudio conducido por Vicente et al (2011) en población general ya referido donde los trastornos ansiosos alcanzaron una prevalencia de 16,6% en el grupo entre 12 y 18 años. Es necesario señalar que este estudio aunque utilizó el Disc IV no consideró menos trastorno del grupo ansioso de los considerados en esta investigación.

De esta forma los resultados obtenidos son consistentes con la evidencia revisada en el marco teórico ya que uno de los principales grupos de trastornos que suelen estar presentes en las personas que pierden la libertad, corresponden a aquellos en la línea de lo ansioso en un primer momento como resultado de la adaptación a un contexto artificial, hostil, separado del propio ambiente, y luego como parte de lo que significa estar privado de libertad y los roces propios de la convivencia con otros sujetos, ambiente caracterizado por episodios violentos y riesgoso.

En el análisis según centro de cumplimiento se replica en términos generales el resultado evidenciado al analizar la presencia de cualquier trastorno, esto es una mayor concentración en los centros de más población. Según esto, se abre la posibilidad de evaluar los factores que explican esta asociación aparente entre la mayor concentración de jóvenes y los niveles más deteriorados de salud mental. Preliminarmente se podría proponer que las condiciones de hacinamiento parecieran jugar entonces un rol importante en la configuración de estos cuadros, sin embargo, dichas relaciones deben evaluarse a través de estudios con otro tipo de diseño.

Cabe señalar sin embargo que el centro con una mayor presencia de problemas de tipo ansioso corresponde al CCP Santiago con población exclusivamente femenina donde la prevalencia anual alcanza el 50% de los casos. Aunque deben ser interpretados con cautela por el reducido número de casos de mujeres evaluadas, estos resultados serían consistentes con los estudios que indican altos niveles de sintomatología ansiosa en las mujeres.

5.2.1. Ansiedad generalizada

Tal como mostró el estudio, se observa que la prevalencia de un mes alcanza un 1,8% mientras que la de los últimos 12 meses llegó a un 2,7%. Estas cifras aparecen más bajas en comparación a las encontradas en el estudio de Rioseco et al. (2009) que corresponde al 6% de prevalencia anual. Por último cabe señalar que las cifras están bajo lo encontrado en población general tanto en estudios nacionales como internacionales. Así por ejemplo el estudio de Vicente et al. (2011) reporta un nivel de prevalencia del 8% para este trastorno.

5.2.2. Trastorno Obsesivo-compulsivo

En el presente estudio, la prevalencia mensual del TOC evaluado alcanza un 9 % siendo la anual de un 10,4 %. Resulta difícil comprar estas cifras con las de Teplin et al. (2002) por las diferencias en instrumento y marco temporal antes mencionadas, sin embargo, vale la pena comentar que en dicho estudio el TOC alcanzó un 7,8% de prevalencia en los últimos 6 meses en varones y un 8,8% en el mismo periodo en mujeres. Por su parte, en población general, García et al. (2008), reportan niveles de prevalencia de 0,3% en niños y adolescentes.

Llama la atención la alta prevalencia de este diagnóstico en la población de estudio, en forma similar a los estudios internacionales que se encuentra muy por sobre las cifras encontradas en la población general. De esta forma podría plantearse que condición de encierro constituye un factor de riesgo para la presencia del TOC que requiere atención por parte de los equipos de intervención.

5.2.3. Trastorno por Estrés post-traumático

Tal como mostró la presente investigación, se reconoce una prevalencia mensual del trastorno de estrés post traumático evaluado a partir del Disc-IV que alcanza el 0,9% y una prevalencia anual que llega a un 1,4%. La prevalencia de este cuadro en la población estudiada es baja en comparación con los hallazgos de un estudio que usó el Disc IV de Abrams et al.(2004) que mostró una prevalencia anual de 11,2% en la muestra total.

Dadas las trayectorias de vida y la exposición a múltiples factores de riesgo que presentan los infractores de ley es esperable que una parte importante de los jóvenes incorporados en el análisis, hayan presentado experiencias traumáticas. Ante lo anterior resulta llamativo el nivel relativamente bajo de TEPT encontrado en este estudio.

Es necesario realizar estudios posteriores que muestren o den cuenta de lo que ocurre con estos jóvenes que han estado expuestos a traumas vitales tempranos y que no presentan síntomas que configuren un TEPT; sería interesante identificar si ellos han desarrollado herramientas que le permiten ser más resilientes o canalizan el trauma a través de otras expresiones sintomáticas.

5.2.4. Fobia Social

Tal como muestran los resultados, la prevalencia mensual de este diagnóstico corresponde al 0,9 % mientras que la anual representa a un 3,2% del total de la muestra, cifra similar a la encontrada en el estudio de Rioseco et al (2009) que corresponde al 4%.

En población general las cifras nacionales, según el estudio de Vicente et al (2011) muestran una prevalencia anual para Fobia Social del 6,7%, en el grupo entre 12 y 18 años. De acuerdo con estos resultados parece ser que el trastorno de ansiedad social no resulta una patología cuyas manifestaciones se vean acrecentadas en condiciones de privación de libertad al contrario de otros trastornos ansiosos revisados anteriormente.

5.2.5. Ansiedad de separación

A partir de los resultados, se identifica una prevalencia mensual del trastorno de ansiedad de separación que alcanza un 9% de los casos y una anual que llega un 12,7%.

Al comparar la prevalencia anual con otros referentes a nivel nacional la cifra resulta inferior a la encontrada en el estudio de Rioseco, et al. (2009) que corresponde al 16%.

En comparación con cifras internacionales de estudios de población de características similares, estos niveles también aparecen como concordantes. En el estudio de Teplin et al (2002) la prevalencia de seis meses para los hombres mayores de 16 años alcanzó un 12%, siendo para el mismo periodo en las mujeres de 17,2%. El estudio de prevalencia de Vicente et al (2011), mencionado previamente, muestra una prevalencia anual en el grupo entre 12 y 18 años de 6,7 %. y de 14,6 par el grupo entre 4 y 11 años indicando que esta patología es más frecuente en el grupo de menor edad.

Respecto a los niveles de esta patología se aprecia que las cifras están por sobre los rangos encontrados en la población general, por tanto se puede concluir que la población de jóvenes que cumplen sentencia en estos centros privativos de libertad, presenta un mayor riesgo para la presencia de Trastorno de Ansiedad de Separación. Un aspecto importante de mencionar es que en población general se aprecia una disminución de los niveles de esta patología a medida que aumenta la edad de la población, por lo que se esperarían niveles de prevalencia más bajos en una población que en el rango etario de los jóvenes incluidos en el estudio.

Como posible explicación cabe menciona que la experiencia de privación de libertad puede generar sentimientos de angustia respecto al alejamiento de las figuras vinculares.

5.2.6. Fobia específica

La prevalencia mensual de este trastorno en el presente estudio alcanzó el 12% cifra que resulta igual a la correspondiente a la prevalencia anual. Como se pudo evidenciar en los resultados, dentro de este mismo trastorno los tipos de fobia específica más frecuente evaluados a partir del Disc IV son las fobias misceláneas que involucran distintos estímulos generadores de temor que alcanza un 7,2% a nivel mensual y anual.

No se cuenta con criterios de comparación para la prevalencia de esta patología en adolescentes privados de libertad en Chile, sin embargo, estudios realizados en Estados Unidos refieren niveles en torno al 8,5% de prevalencia para el último mes, también medida a través del DISC (Wasserman et al, 2004), cifra que resulta inferior a la encontrada en los centros incluidos en esta investigación.

Al igual que los trastornos anteriormente revisados los niveles encontrados exceden ampliamente los niveles encontrados en población general donde se esperan niveles entre el 1,5 y 3%.

Sería interesante evaluar el tipo de fobia en relación a los rangos etarios en la medida que, y como ya se hizo mención, hay fobias que son más frecuentes en una época de la vida que en otras.

Además dados los altos niveles encontrados resulta importante indagar si estos cuadros responden efectivamente a los criterios diagnósticos para esta patología o corresponden más bien a manifestaciones de tipo ansioso propias de otras patologías que son reportadas por los jóvenes entrevistados como síntomas fóbicos.

5.2.7. Desorden de pánico

El desorden de pánico en nuestro estudio muestra una prevalencia mensual de del 1,8% mientras la prevalencia anual es de 3,6%.

Si comparamos estas cifras con las encontradas en el estudio de Teplin et al (2002) en la población masculina, la prevalencia de 6 meses alcanza el 0,3% en mayores de 16 años y de 1% en mujeres mayores de 16 años.

La prevalencia que encontramos en nuestra población de estudio es mayor que la encontrada en estudios internacionales de jóvenes de características comparables y resulta ampliamente superior además a la encontrada en población general.

5.2.8. Agorafobia (sin pánico)

De acuerdo al diagnóstico arrojado por el Disc- IV el trastorno agorafobia sin historia de trastorno de pánico ha afectado a un 0,9 % de los casos evaluados. En relación con la prevalencia anual, se reconoce que ésta es mayor alcanzando el 4,1% de los evaluados. No se cuenta con referentes nacionales de comparación en población privada de libertad para este trastorno. En cuanto a los estudios internacionales se puede citar el de Wasserman et al. (2004) que reporta niveles de prevalencia mensual de 4,4%. Este último estudio sin embargo no reporta la prevalencia anual.

5.3. Trastornos afectivos

La presencia de algún trastorno afectivo durante los últimos 12 meses en la muestra alcanzó un 14,5%, mientras que la prevalencia mensual llegó a un 5,4%. Así este índice resulta considerablemente menor al obtenido al que se obtiene respecto de la prevalencia de cualquier trastorno y en la que presentan los trastornos ansiosos.

Esta cifra es inferior a los hallazgos de estudios internacionales como el de Teplin et al. (2002). La prevalencia de este trastorno en la población masculina de 14- 15 años y en el grupo de los mayores de 16 años o más presentó cifras de 21,2% y 17,7 % respectivamente. En este mismo estudio, en la población femenina las cifras son significativamente más altas

con una prevalencia que varía entre 27.9% en el grupo etáreo de 14-15 años y 28.8% en mayores de 16 años. La población femenina es la que presenta más estos trastornos.

Un estudio nacional de prevalencia de trastornos psiquiátricos realizado en cuatro ciudades de Chile, en población general de niños y adolescentes entre 4-18 años, mostró cifras de 5,1% para los trastornos afectivos (Vicente, Rioseco, De La Barra, 2008). Según género se observa una mayor prevalencia en el grupo de mujeres con un 7,1%, versus un 3,2% en el grupo de hombres.

Las cifras en población general están por debajo de lo encontrado en la población de este estudio, indicando en estos jóvenes la presencia de un mayor riesgo para presentar algún trastorno afectivo. En consideración entonces a que los Trastornos Afectivos se asocian con mayor riesgo de ideación y de conducta suicida, abuso de sustancias y enfermedades médicas es necesario implementar un programa de detección e intervención precoz.

En forma similar al patrón observado en el caso de los cuadros ansiosos los trastornos afectivos muestran una importante disminución si se comparan las cifras de prevalencia anual y mensual lo que apuntaría a cierta disminución de la sintomatología asociada al paso del tiempo.

En cuanto a la distribución por centro se observa una mayor presencia proporcional de estos cuadros en el centro CRC Santiago con presencia exclusiva de población femenina. Este nivel es esperable ya que se ajusta a los antecedentes reportados en la literatura que indican mayor prevalencia de los cuadros afectivos en dicha población. En un nivel inferior se sitúan los dos centros de mayor población, antecedente que refuerza la relevancia de las condiciones contextuales en la manifestación de psicopatología en jóvenes privados de libertad.

El análisis desde distintos los rangos etarios indican que proporcionalmente existe una mayor presencia de trastornos afectivos en los 2 grupos de más edad dentro de los jóvenes entrevistados patrón similar al observado en el caso de los cuadros ansiosos.

5.3.1. Episodios maníacos e hipomaníaco

En cuanto a la prevalencia Carlson (2009), en población adolescente de 14-16 años, reporta una prevalencia del 0,6% en la población general, para manía y Trastorno Bipolar. La prevalencia para hipomanía en población adolescente general alcanza cifras cercanas al 13%. En el presente estudio se encontró una prevalencia mensual del diagnóstico de episodio maniaco de un 0,9% y aun nivel de prevalencia anual que llegó a 1,4%. En cuanto al episodio hipomaniaco la prevalencia mensual también alcanzó un 0,9% mientras la anual fue de 4,5%. Estas tendencias, tienen relación con las encontradas en la literatura internacional (Teplin et al, 2002) que muestra prevalencias de manía de 2,2 % para todos los jóvenes incluidos, y en particular prevalencias en población masculina de características más comparables de 1,6%,

2,6% y 2,0% en los grupos etarios de menos de 13 años, 14-15 años y más de 16 años respectivamente.

En nuestra muestra cabe destacar la mayor prevalencia de hipomanía que alcanza cifras de 5,7%, cifra difícil de comparar con estudios nacionales ni internacionales, que no hacen una clara distinción entre estos dos cuadros.

Es importante realizar una detección precoz de estos cuadros en tanto su expresión sintomática se caracteriza por la presencia de episodios de “explosiones” de agresividad, y conducta violencia, mucha irritabilidad y conductas explosivas y desorganizantes. De esta forma se podría decidir el lugar de colocación más adecuado dentro de los recintos, de acuerdo al riesgo, incluso considerar el aislamiento o una eventual hospitalización.

Si consideramos importante el procurar mantener la salud y bienestar de aquellos jóvenes que se incorporan al sistema, en especial aquellos con problemas graves de salud mental, la situación de encierro en un joven interferido por este tipo de sintomatología sólo va a contribuir a agravar la sintomatología con el riesgo de autoagredirse o agredir gravemente a terceros.

Por otra parte cuando nos encontramos con un paciente maníaco es muy probable que dentro de su sintomatología aparezcan ideas de grandilocuencia y pueda verse involucrado en conductas delictivas, como robos o hurtos, en la medida que desde el compromiso psicopatológico primario de su afectividad, no enjuiciará estas conductas como trasgresiones a la ley.

5.3.2. Trastorno depresivo mayor

La prevalencia del diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor en el estudio de Rioseco et al. (2009) fue de 2%, cifra muy baja en comparación a los hallazgos del presente estudio, y lo que describe la literatura internacional.

La prevalencia mensual del trastorno depresivo mayor alcanzó un 3,6%, mientras que la anual llegó a un 10,4%. Estas cifras serían mucho mayores a las reportadas por Rioseco et al (2009) y similares a las encontradas en el estudio de Vicente et al (2011) que muestra una prevalencia en población entre 12 y 18 años de 9,3%.

Por el contrario, el nivel de prevalencia encontrado en este estudio es muy inferior a los hallazgos de Teplin et al.(2002) cuya prevalencia para este trastorno en la población masculina de 14- 15 años y en el grupo de los mayores de 16 años, mostró cifras de 14,8% y 12,4 % respectivamente. En este mismo estudio, en la población femenina las cifras son significativamente más altas con una prevalencia que varía entre 21.6% en el grupo etáreo de 14-15 años y 23.4% en mayores de 16 años.

5.3.3. Distimia

En el presente estudio, la prevalencia mensual de distimia alcanza a un 0,5% cifra que coincide con el indicador para los últimos 12 meses. A nivel nacional no se cuenta con reportes anteriores sobre la prevalencia de este trastorno en la población estudiada. En cambio se cuenta con estudios internacionales así por ejemplo esta cifra es similar a la reportada por Wasserman, et al. (2004) donde la prevalencia mensual alcanzó el 0,6%.

5.4. Esquizofrenia

La esquizofrenia tiene una prevalencia de alrededor de 0,5% en población mayor de 15 años de acuerdo con los valores señalados en estudios internacionales. En Chile el estudio de prevalencia en población general de niños y adolescentes de Vicente et al. (2011) reporta una prevalencia anual de esquizofrenia en población entre 12 y 18 años de 0,4%.

En población infractora de ley existen pocos estudios específicos respecto a la esquizofrenia, los cuales de acuerdo con lo reportado por Colins et al. (2009) indicarían una prevalencia entre el 1% y 4%.

Más frecuentes según los reportes de estos mismos autores serían las experiencias psicóticas que afectarían a un rango bastante mayor entre un 25% a 75% de los adolescentes privados de libertad. Sin embargo, no existiría consenso su esas experiencia resultan efectivamente trastornos psicóticos o más bien corresponden a fenómenos que tienen lugar como parte de otro tipo de trastornos.

Pese a que la población del presente estudio se ubica en el grupo etario en el cual se presenta la enfermedad, no aparecen casos que cumplan los criterios diagnósticos de acuerdo al Disc-IV. La revisión de los síntomas psicóticos pesquisados en el modulo D del mismo instrumento, indica que un porcentaje bajo de los adolescentes evaluados presenta sintomatología de esta naturaleza. A nivel de los denominados síntomas característicos el que estuvo presente con mayor frecuencia fue el comportamiento desorganizado, observado en un 5,5% de los casos durante los últimos 2 meses. El otro síntoma característico asociado al criterio A del DSM-IV de mayor prevalencia fueron las alucinaciones presentes en un 2,2% de los adolescentes.

Estas cifras resultan inferiores a las reportadas por Colins et al. (2009) en un estudio desarrollado en Holanda con adolescentes infractores que ingresaban a centros cerrados. La marcada diferencia en los niveles reportados por estos autores con los índices del presente estudio puede deberse en parte a que la evaluación realizada por el equipo de Colins tuvo lugar en las primeras tres semanas de privación de libertad momento en el que puede esperarse mayores dificultades de adaptación de parte de los jóvenes a su nueva situación (Monahan, et al 2011). En el estudio conducido en los centros CRC en cambio se entrevistó a adolescentes cuyos tiempos medios de permanencia variaban entre alrededor de 8 y 16 meses dependiendo del centro, lo que podría explicar la disminución de la ciertos síntomas.

Pese a que no se registraron casos que calificaran para este trastornos distintos autores han planteado la importancia del tamizaje y diagnóstico de los trastornos y experiencia psicóticas en adolescentes privadas de libertad, debido a que la detección temprana permite disminuir los niveles de deterioro funcional asociados a estas patologías (Colins et al, 2009). Este mismo autor plantea que los casos en que concurren experiencias traumáticas y síntomas psicóticos presentan mayor riesgo de involucrarse en conductas de afrontamiento desadaptativas.

Además los autores han planteado que la detección temprana puede reducir el riesgo de conductas violentas asociadas a los trastornos psiquiátricos graves como los cuadros psicóticos (Gosden et al., 2003)

Por último dado que la esquizofrenia es uno de los trastornos de salud mental que se ha vinculado a las conductas suicidas, la pesquisa de estas manifestaciones puede contribuir a evitar conductas que se ponga en riesgo la vida de los adolescentes privados de libertad.

Para su tratamiento se requiere de un equipo multidisciplinario, el cual, debe realizar una evaluación del paciente y elaborar un plan individualizado de intervención, previo consenso con el usuario y su familia. Se debe estimular la participación activa del paciente en su recuperación, para lo cual, en conjunto con él, se deben evaluar periódicamente los progresos y redefinir el plan de tratamiento.

En las distintas fases del tratamiento, un profesional del equipo clínico se debe hacer cargo del caso y se debe ocupar de coordinar las acciones que la persona requiera de acuerdo a las necesidades evaluadas.

El tratamiento debe realizarse como está definido en la Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia Minsal(2005); incluso como cualquier paciente a nivel nacional, se le debe realizar una Interconsulta de derivación, para que sea atendido por el GES de Esquizofrenia en el Hospital que le corresponda.

La dificultad de esta situación radica en la necesidad de contar con un espacio físico adecuado a la gravedad de las descompensaciones, junto con los cuadros psicóticos de origen psicógeno (no esquizofrénico). Este espacio debería ser la Unidad de Corta Estadía al interior del Centro Privativo (Orientaciones técnicas para la intervención en Centros de Cumplimiento de Condena, 2011).

5.5. Trastornos disruptivos

Como se evidenció en el estudio realizado, un 41,2% de los jóvenes evaluados presentó este tipo de patologías, lo que se ajusta a la literatura que plantea que los trastornos por comportamiento disruptivo son uno de los grupos más frecuentes de patologías en la población

Infanto juvenil. En estudios con población general, se ha encontrado que los trastornos por comportamiento disruptivo son los más frecuentes, con prevalencia cercanas a 8,6%, que disminuye a 5,1% al corregir por discapacidad (Vicente et al, 2010). Esta situación se ve incrementada cuando los sujetos se desenvuelven en contextos adversos, desarrollando alteraciones conductuales como mecanismos de enfrentamiento a ambientes amenazantes. De esta manera se identifica que los jóvenes que presentan trastornos disruptivos suelen presentar conductas ilícitas. Como plantea Rutter, entre las características que harían más vulnerables a los jóvenes a incurrir en actos delictivos se encuentra, entre otros, la hiperactividad, agresividad temprana, bajo autocontrol-impulsividad- alta distractibilidad, irreflexividad sobre los efectos negativos del comportamiento, alta tendencia a tomar riesgos, tendencia a interpretar al mundo como un lugar hostil, entre otros, características muy asociadas al desarrollo de trastornos disruptivos(Rutter et al., 1998 citados en Rioseco et al , 2009).

Dentro de los estudios realizados en población de infractores, se encuentran los datos obtenidos del informe del convenio SENAME-MINSAL (2010) que identifica que los trastornos diagnosticados con mayor prevalencia son los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, con un 30,6% de los casos.

Es importante relevar esta elevada cifra ya debido a las importantes consecuencias sobre el desarrollo del adolescente. En la actualidad, el conocimiento científico ha permitido establecer, que estos trastornos disruptivos tienen una fuerte predisposición neurobiológica y que alteran las capacidades del niño para poder ajustar su comportamiento a las demandas del ambiente; situación que lo hace tener mayor vulnerabilidad psicosocial, y por supuesto, las consecuencias derivadas de esto, como son la delincuencia o el consumo de drogas.

Otro hallazgo relevante de este estudio indica que este grupo de trastornos sólo está presente en los centros de población masculina y en todos los casos supera el 40% de los adolescentes evaluados. Es importante evidenciar que dentro de estos trastornos los “externalizantes”, se dan principalmente en los varones. Además de esto, es importante destacar que los factores contextuales probablemente agravan el curso de estos trastornos, los cuales son mayores en el centro que presenta las condiciones más adversas.

El análisis según grupos de edad indica una mayor prevalencia en el grupo entre 17-18 años donde más de la mitad de los casos presenta este tipo de patologías. Es importante señalar que a diferencia de otras agrupaciones de trastornos las diferencias entre los distintos grupos etarios no son tan marcadas oscilando entre 40 y 56%, aspecto que da cuenta de la estabilidad temporal de este grupo de trastornos.

5.5.1. Déficit atencional

La prevalencia mensual de este cualquier tipo de Déficit atencional alcanzó un 9,5% (21 mientras la anual llegó a un 12,2%.

Es posible evidenciar que la prevalencia de Déficit atencional, si bien no presenta porcentajes muy elevados es una patología disfuncional, que pudiera estar asociada directamente con conductas ilícitas, identificando que la modalidad que predomina en esta población es la Hiperactividad. La complejidad de este trastorno supone deterioros neuropsicológicos que trae consigo una gran cantidad de problemáticas asociadas, entre las que se encuentra la mayor comorbilidad de los problemas de aprendizaje y los problemas de conducta; también se ha asocia a la depresión y ansiedad, y durante y después de la adolescencia con delincuencia y consumo de sustancias psicoactivas (Martínez-León, 2006).

5.5.2. Trastorno de conducta o disocial

El trastorno de conducta evaluado o disocial alcanzó una prevalencia mensual de 28,5%, mientras que la prevalencia anual llegó a 31,7%. De esta forma constituye el trastorno más prevalente dentro de los trastornos disruptivos. Esta cifra es inferior a la reportada por Rioseco et al (2009) para el mismo trastorno que alcanzó el 71, 4%.

Los resultados antes referidos se condicen con las características del grupo evaluado, ya que en este trastorno es común que quienes lo padecen presenten conductas ilícitas, como conductas agresivas, actos violentos y destructivos, robos, en general conductas que violan las normas sociales. La evidencia indica que el trastorno disocial es un buen predictor de conducta antisocial en la adultez. Estudios sobre datos de reincidencia oficial de estudios internacionales muestran que entre un 50% y un 70% de los adolescentes que fueron arrestados y cumplieron con los criterios diagnósticos del trastorno disocial , volvieron a ser arrestados durante su vida adulta. Ahora, si bien muchos de los adultos que presentan arrestos calzan con los criterios del trastorno disocial en la adolescencia, no todos los adolescentes diagnosticas con esta patología presentan conductas antisociales durante la adultez (Lahey & Loeber, 1997).

5.5.3. Trastorno oposicionista

En el presente estudio el trastorno oposicionista alcanza un nivel de prevalencia mensual que llegó al 10,9%, mientras que la anual fue de 13,6%. Esta cifra es similar a la reportada por el estudio de Rioseco, et al (2009) donde la cantidad de casos alcanzo el 16%. Por otro lado resultan muy superiores a las obtenidas en el estudio de Vicente et al (2011), en población general que reporta niveles de prevalencia anual de 6,7% en el grupo entre 12 y 18 años mientras que alcanza un 10,5% en el grupo entre 4 y 11 años. Este patrón que indica que este diagnóstico en particular debería tender a disminuir a partir de los 10 años y al inicio de la adolescencia también es planteado por estudios basado analisis de muestras grandes como el de Maughan, et al (2004).

A partir de lo anterior se podría suponer que los adolescentes evaluados en este estudio corresponde a un grupo en el cual las manifestaciones psicopatológicas de este trastorno se han cronificado tras un posible inicio temprano lo que hace más difícil su intervención.

Es importante enfatizar la importancia que tiene la detección de este tipo de trastornos ya que sus características de hostilidad y negativismo pueden afectar en forma importante la convivencia entre los jóvenes así como también entre éstos y los profesionales tratantes. Asimismo, es relevante señalar que la literatura reporta un mayor riesgo de presentar otros problemas de salud mental como trastornos afectivos o ansiosos entre los adolescentes portadores de trastornos disruptivos (Maughan, et al., 2004).

5.6. Trastornos misceláneos

La presencia de algún trastorno misceláneo alcanzó un 2,7 %. Al revisar la situación según centro de cumplimiento se observa que los únicos centros donde se presentan este tipo de trastornos son San Bernardo y Limache, siendo en ambos minoritaria comparada con otros grupos de trastornos revisados. En el estudio sólo se registraron casos de trastornos de Tics. La prevalencia anual alcanzada por estos trastornos es más alta a nivel porcentual en el centro de Limache con un 6,8 % (casos de 44), siendo menor en San Bernardo con un 2,6% (3 casos de 114).

Por otra parte, los rangos etarios indican que estos trastornos solo están presentes en dos de los cuatro grupos etarios. En el grupo entre los 17 y 18 años la prevalencia anual alcanza un 5,6% (5 casos de 89). El resto de los casos forman parte del grupo entre 19 y 20 años donde se aprecia una prevalencia de 1,4% (1 caso de 9 evaluados).

5.7. Trastornos de sustancias

Los trastornos de sustancia se relacionan con el Abuso de Sustancia o Dependencia. El abuso de sustancias por parte del adolescente es un término genérico e inespecífico que incluye cualquier forma de consumo de alcohol o drogas por parte de los adolescentes. En este término se incluye toda gama de consumo, desde los casos de consumo ocasional de carácter lúdico y sin consecuencias negativas, hasta el síndrome completo de trastorno por dependencia de sustancias (Wiener y Duncan, 2006).

Dentro del abuso de sustancias, se incluye el término consumo problemático, que se entenderá como aquel que, directa o indirectamente, produce consecuencias negativas para el adolescente o para terceros en las áreas de: salud, familia, grupo de pares, escuela, seguridad personal y funcionamiento social.

Este consumo se manifiesta en dos patrones: consumo perjudicial y dependencia.

Consumo perjudicial (CIE 10): Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, que puede ser físico (ej.: hepatitis) o mental (ej.: trastornos depresivos secundarios), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido al daño y que ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas ocasiones en el período de un año.

Síndrome de dependencia (CIE 10): Conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognitivas que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquieren, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor.

Estos trastornos son evaluados en el modulo F del Disc IV y agrupan el trastorno por abuso o dependencia de alcohol. Trastorno por dependencia de nicotina, trastorno por abuso o dependencia de marihuana, y trastorno por abuso o dependencia de otras sustancias. De esta forma los adolescentes que cumplieron los criterios diagnósticos de alguno de los trastornos antes mencionados durante los últimos 12 meses aparecen consignados en el indicado de presencia de trastornos de sustancias.

A diferencia de otras secciones del Disc, los diagnósticos realizados en este grupo de trastornos solo se diagnostica para el periodo de los últimos 12 meses debido a que se busco reducir la complejidad de la entrevista en esta sección.

Respecto a los resultados, la presencia de algún trastorno por consumo de sustancias en la muestra indica que una proporción de 38,9% de los adolescentes evaluados presenta trastorno de sustancias, por lo que representan la segunda agrupación más prevalente de patologías. Con ello se concluye que efectivamente el compromiso con el uso de drogas en población de adolescentes infractores de ley resulta particularmente alto, observándose necesario contar con una oferta de tratamiento para cerca del 40% de la población adolescente privada de libertad.

Estos niveles encontrados coinciden con los reportados en estudios internacionales, ya que se estima que entre 25% a 30% de los jóvenes infractores presenta algún tipo de trastorno de Salud Mental; si a esta cifra se agrega la variable consumo perjudicial y/o dependencia a drogas, la prevalencia puede llegar a alcanzar un 50% (Grisso, 2008).

Como se expuso en el marco teórico, es importante destacar que en la población infractora, la relación droga-delito es relevante, y a la vez compleja. Por esto, es relevante mencionar que el consumo de drogas y la delincuencia por parte de quienes cometen delitos son dos fenómenos multifactoriales, especialmente, si se considera el impacto que el consumo de sustancias tiene sobre el comportamiento delictivo de los jóvenes.

Al analizar la situación por centro de cumplimiento de condena es posible observar que únicamente en los centros con población masculina se observó este tipo de trastornos. Además a mayor prevalencia se encuentra en el centro de mayor población que presenta un 52,6% de adolescentes que con estas problemáticas.

Por otra parte, los rangos etarios, indican también para esta agrupación de trastornos que el grupo de adolescentes de más edad presenta una mayor proporción de casos que informan consumo problemático. Según esto, es posible observar la evolución y tránsito desde la adolescencia media, donde se concentra la menor prevalencia, hasta la adolescencia tardía, que son quienes presentan la mayor concentración de trastornos por sustancias. En complemento a lo anterior, un perfil de riesgo propuesto por un estudio en población adolescente infractora de ley, sitúa a los adolescentes de mayor edad y en específico a quienes se encuentran privados de libertad, como quienes presentan un perfil de uso de drogas de considerable mayor riesgo (Universidad Católica, 2007).

5.7.1. Alcohol

La prevalencia del trastorno por dependencia de alcohol alcanza un 0,5% de la población evaluada. Por su parte la prevalencia del trastorno por abuso resulta mayor a la anterior con una proporción que alcanza el 4,1%. Estos datos llaman la atención por encontrarse muy por debajo de otros estudios similares, y al contrastarlo con la experiencia clínica que indica que estos jóvenes suelen presentar mayor prevalencia del consumo de esta sustancia. Por ejemplo el estudio de Rioseco et al (2009) encontró niveles de 18% para la dependencia y de 42% para el abuso de alcohol. Asimismo resultan inferiores a los niveles de prevalencia reportados por Wasserman et al (2004) que son cercanos al 20% para ambos trastornos.

Resulta difícil proponer posibles explicaciones a estas diferencias sin conocer en profundidad los procedimientos de los otros estudios, sin embargo en base a la experiencia clínica es posible afirmar que se trata de cifras inferiores a las esperadas. De esta forma se puede proponer que futuros estudios utilicen estrategias complementarias a la entrevista estructurada para levantar información respecto a éstas problemática a fin de asegurar la validez de ésta.

5.7.2. Marihuana

La prevalencia del trastorno de dependencia de marihuana alcanzó un 5,4% En cuanto al trastorno por abuso de marihuana, la prevalencia resultó mayor ya que un 17,6% de la población evaluada presentó esta patología. Al igual que en el caso de los trastornos relacionados con el alcohol estos niveles son inferiores al estudio de Rioseco et al (2009) que encontró un 32% para la dependencia y un 24,5% para el trastorno por abuso de marihuana. Los resultados concluyen que se trata de la droga ilícita de mayor prevalencia, presentándose de manera ampliamente difundida en la población adolescente privada de libertad. A este respecto, un estudio de prevalencia en la misma población objetivo, confirma que es en los

adolescentes que se encuentran en contexto privativo de libertad, donde es posible encontrar la mayor concentración de abuso de esta droga, llegando a situarse en hasta un 20% más que en la misma población que se encuentra en contexto de medio libre (Universidad Católica de Chile, 2007).

El que se trate de la droga ilícita de mayor prevalencia, puede encontrarse asociado, entre otras cosas, a la alta aprobación observada en esta población hacia el uso de esta droga y a la baja percepción de riesgo existente en los adolescentes, en los jóvenes y, específicamente en la población adolescente infractora de ley. A este respecto, un estudio nacional, confirma que la percepción de riesgo ante el uso frecuente de marihuana es considerablemente baja, presentándose solamente en un 41% la percepción de riesgo ante el uso regular de marihuana, el que puede descender considerablemente hasta alcanzar a un 22% entre quienes declaran abuso (Universidad Católica de Chile, 2007).

5.7.3. Nicotina

Los niveles de prevalencia de trastorno por dependencia de nicotina indican, que ésta alcanza un 24,4%. Esta es una cifra importante, y según las dinámicas dentro de los Centros de reclusión es una sustancia que no sólo está permitida, sino muchas veces es utilizada como refuerzo conductual, instalándose como una práctica normalizada, incluso para los menores de edad, a pesar de los efectos nocivos de la nicotina en la salud, especialmente en las personas que están en desarrollo.

Conforme a investigaciones acerca de la asociación del consumo de tabaco con cáncer del pulmón, en 90% de los casos se le atribuye al tabaco; en el mismo sentido, se asocia también en 75% de las bronquitis crónicas y el enfisema, y 25% de los casos de accidentes por enfermedad isquémica cardíaca. Es importante también mencionar que la adicción al tabaco es “la droga de entrada al consumo de otras sustancias nocivas”, como marihuana y cocaína y se ha comprobado que los adolescentes que consumen tabaco o alcohol, o ambos, tienen una probabilidad cinco veces mayor de iniciarse en el uso de otras drogas, con respecto a quienes no son consumidores (Salud Pública de México, 2004).

5.8. Comorbilidad

En su forma más simple el término comorbilidad se refiere a la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos. Este concepto resulta sin embargo más compleja y relevante en la medida de que la presencia de comorbilidad puede condicionar la forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico distinto para cada patología comórbida (Artigas-Pallares, 2003). Aunque distintos autores plantean que la comorbilidad puede corresponder a un artefacto derivado de la forma “arbitraria” en que se definen los trastornos de salud mental (Angold et al., 1999; Artigas-Pallares, 2003), se sostiene que resulta muy relevante estudiarla a fin de comprender mejor los procesos patológicos y depurar las clasificaciones nosológicas (Angold et al., 2003).

En población juvenil privada de libertad un patrón que frecuentemente aparece mencionado en la literatura es la concurrencia de distintos trastornos de salud mental (Abrams et al., 2003; Vaughn, 2007), lo que motivó la realización de los análisis anteriormente expuestos. En relación con la comorbilidad en el presente estudio se optó por analizar la ocurrencia durante el último año de trastornos de los distintos grupos evaluados con el Disc IV en lugar de las patologías individuales. Además cabe señalar que el foco del análisis en la presencia conjunta o cercana en el tiempo de trastornos de distintas agrupaciones entendiendo que la diversidad de las manifestaciones psicopatológicas constituye un punto de interés para los equipos de intervención.

Si bien la conceptualización de comorbilidad se ha visto relacionada fuertemente con el estudio de los cuadros clínicos que se dan en conjunto con los trastornos por consumo de sustancias (Hawkins, 2009), cabe señalar que no menos relevantes son aquellos casos en los cuales trastornos de otros tipos se presentan asociados. Así Abrams et al. (2003), se refieren a la importancia que tiene para el sistema legal contar con evidencia válida que permitan conocer los perfiles y necesidades dentro del grupo de jóvenes que presenta trastornos comórbidos. Vaughn et al (2007) por su parte resaltan la importancia de especificar las necesidades de los jóvenes que presentan trastornos y no considerarlos como una población homogénea al momento de diseñar protocolos de atención. Respecto al mismo punto Colins et al (2010) plantean que los altos niveles de comorbilidad presentes en la población privada de libertad llevan a que los programas de intervención tradicionales puedan ser insuficientes si no son diseñados considerando el perfil de necesidades particulares de los jóvenes infractores en el medio cerrado.

Respecto de los resultados del análisis se observa que cualquiera que sea el grupo de trastornos que se tome como referencia aparecen altos niveles de comorbilidad. Lo anterior tiene relevancia en términos de la intervención que se pueda desarrollar con los adolescentes en principio porque supone mayores niveles de complejidad de la población a tratar. Entonces junto con los mayores niveles de prevalencia que se observan al interior de los centros respecto de la población general se suma el factor adicional de que en muchos casos los jóvenes presentan trastornos de más un grupo en forma conjunta o al menos cercana temporalmente.

En primer lugar se observó que en todas las agrupaciones de trastornos que se consideraron como referencia la proporción de casos que sólo presentaba trastornos de un grupo era minoritaria variando entre un 0 y un 19,2%. Podemos inferir por lo tanto siguiendo a los autores antes mencionados que la mayor parte de los jóvenes evaluados que califican con trastorno de salud mental tenderán también a presentar otro cuadro asociado lo que supone un perfil complejo al momento de desarrollar la intervención.

Con respecto a los niveles de comorbilidad encontrados en el estudio específicamente entre los distintos grupos de patologías se puede mencionar que se ajustan en términos generales a lo reportado en la literatura. El mismo estudio de Abrams et al., antes mencionado encontró que los trastornos disruptivos y por consumo de sustancias eran los que aparecían con mayor frecuencia asociados a los cuadros afectivos y ansiosos tal como ocurrió en la población estudiada en esta investigación.

5.9. Conductas de autolesivas, ideación suicida e intento de suicidio

En el estudio, la presencia de cortes u otras conductas generadoras de daño estuvo presente en un 40,2% de los adolescentes evaluados en la etapa del tamizaje, siendo mayor la cantidad de casos que incurría en estas conductas esporádicamente.

En cuanto a la ideación suicida o de daño a sí mismo un 20,2% de los jóvenes informa haberla presentado. Como se menciona anteriormente la brecha evidenciada las respuesta a ambas preguntas podría indicar que las conductas de autolesivas tienen una finalidad distinta que atentar contra la propia vida o bien que éstas no son acompañadas de ideación suicida en muchos casos y responden a otro tipo de manifestaciones sintomáticas.

La información obtenida desde la entrevista estructurada indica una importante presencia de pensamientos relacionados con la propia muerte e ideación suicida en el periodo correspondiente al año anterior a la evaluación. Particularmente preocupante resulta el reporte de intento de suicidio durante los últimos 12 meses que supera el 10% de los evaluados. Debido a que los intentos de suicidio anteriores representan un factor de riesgo de para nuevos intentos, resulta importante realizar un trabajo especializado con los casos que hayan incurrido en estas conductas.

Respecto a esto, Gunter et. al. (2011) investigaron acerca de ideación suicida, intentos de suicidio y autolesiones sin intención fatal en comunidades correccionales de Iowa, EE.UU. en población adulta. En este estudio se evidencia que el 41% de la muestra reportó ideación suicida, un 19% reportó intento de suicidio y un 14% reportó autolesiones. Y la edad promedio de aparición de la ideación suicida y del primer intento de suicidio fue a los 19 años de edad, mientras que las autolesiones se presenta en promedio a los 17.6 años

Continuando con la investigación citada un alto porcentaje de la muestra presentaba personalidad antisocial (63%) y abuso de sustancias (91%), aproximadamente el 41% señaló haber experimentado episodios prolongados de depresión y un 42% señaló haber experimentado trastorno de ansiedad.

Por otra parte, casi dos tercios de los sujetos en cuestión señalaron haber vivido experiencias traumáticas, y la mitad de ellos refirió que esta experiencia se produjo antes de los 18 años de edad. De esta manera, el estudio concluye que los traumas emocionales producidos antes de los 18 años de edad son fuertes predictores de ideación suicida, intentos de suicidio y

autolesiones. Así también, los síntomas depresivos serían predictores de ideación suicida e intentos de suicidio, mientras específicamente los síntomas de ansiedad (pánico) resultarían predictores de la realización de autolesiones. Lo anterior resulta fundamental en jóvenes que infringen la ley, quienes se encuentran constantemente en contextos de riesgos y enfrentando situaciones traumáticas.

5.10. Apoyo social

Si bien se ha documentado el efecto positivo del apoyo social sobre una serie de resultados psicociales durante la adolescencia. Las investigaciones indican que este recurso no está disponible en igual medida en todos los grupos de adolescentes. Méndez y Barra (2008) compararon a un grupo de adolescentes chilenos que cumplían penas privativas de libertad con pares control, de población general. Los resultados de su estudio indicaron que existían diferencias estadísticamente significativas en distintos aspectos del apoyo social al comparar adolescentes infractores chilenos con pares no infractores. El grupo de infractores de ley presentaban una red social de menor tamaño, menores niveles medios en las dimensiones de apoyo emocional, de consejo, instrumental y funcional. Finalmente se observaron menores niveles de reciprocidad respecto del apoyo entregado y recibido desde la red social.

En relación con los resultados obtenidos en el área de apoyo social en este estudio cabe analizar como primer aspecto la presencia de los distintos proveedores de apoyo. Independientemente de que el instrumento no discriminara entre la presencia real o percibida de determinadas figuras. Esta diferencia pierde relevancia si se considera que es el apoyo social percibido el mejor predictor de los niveles de bienestar, por sobre el tamaño de la red y el apoyo efectivo recibido (Chu et al., 2010). Al revisar la información aportada por los propios adolescentes destaca que las figuras del ámbito familiar más cercano son las figuras más presentes para la población evaluada.

Al analizar los distintos proveedores del grupo familiar destaca la figura de la madre por su alta presencia como proveedor de apoyo entre los adolescentes privados de libertad. En un lugar secundario respecto a la gran presencia de la madre se encuentran los hermanos y hermanas y en tercer lugar la figura de los padres.

Dentro de las fuentes de apoyo institucional destacan los encargados de caso quienes son percibidos mayoritariamente por los adolescentes como figuras presentes por sobre las otras fuentes de apoyo institucional incluidas en el estudio e incluso por sobre algunas figuras vinculares más directas como los padres.

En términos del trabajo con los adolescentes resulta relevante conocer los principales referentes a nivel familiar y de equipo interventor para poder planificar el trabajo socioeducativo. A modo de ejemplo puede ser importante conocer cuál es el referente principal de los adolescentes al momento de requerir apoyo familiar para derivar a algún

joven a tratamiento o bien comunicarle alguna información adversa respecto a su proceso judicial. En forma similar, dentro del equipo interventor puede resultar necesario identificar cuál es la figura idónea para que el adolescente pueda compartir información relevante para su proceso

Un segundo nivel de análisis corresponde a la comparación de los niveles de apoyo emocional entregado por las distintas fuentes. En términos de apoyo emocional los principales proveedores se concentran en el nivel de los vínculos más cercanos del adolescente principalmente de la madre. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Smetana et al, (2006) en relación a que los adolescentes recurren a sus madres al momento de tratar temas personales. Además de los familiares directos, cobra relevancia la pareja que resulta la segunda mayor fuente de apoyo emocional tras la madre. La importancia relativa evidenciada por la pareja como referente afectivo coincide con lo reportado en adolescentes chilenos de población general (p.e Conejero & Almonte). Entre las fuentes de apoyo institucional los principales proveedores son nuevamente los encargados de caso seguidos de los profesionales de los programas de tratamiento de drogas.

Contrariamente a lo esperado los pares representados en el instrumento por los amigos cercanos y conocidos tienen menor importancia como proveedores de apoyo. Lo anterior puede atribuirse a las restricciones que supone la privación de libertad para el acceso a los adolescentes por parte de su grupo de pares, lo que deriva en una pérdida de contacto con sus referentes a nivel de grupo de amigos cercanos. Esto supone que los adolescentes privados de libertad están relativamente desvinculados de una de las principales fuentes de apoyo emocional

En relación con el análisis del apoyo instrumental un aspecto que llama la atención es que mientras la mayoría de los proveedores disminuye el nivel de apoyo entregado comparado con el apoyo emocional, los pares y conocidos de tu edad incrementan importancia como proveedores de apoyo instrumental. Lo anterior posiblemente tenga que ver con el carácter más impersonal de las interacciones que caracterizan el apoyo instrumental, que puede ser entregado por los pares con quienes se tenga una menor vinculación.

Respecto al nivel de satisfacción con las relaciones al analizar los distintos proveedores se observa que los adolescentes se encuentran más satisfechos con los referentes más cercanos que incluyen además de sus familiares a sus parejas. En todos esos casos la mayor parte de los adolescentes tiende a informar altos niveles de satisfacción mientras que para todos los demás referentes dominan niveles medios de satisfacción. Lo anterior implica que los adolescentes tienen un contacto limitado con quienes experimentan relaciones más satisfactorias debido a su citación de privación de libertad aspecto que puede disminuir sus niveles de bienestar psicológico.

Otro aspecto a revisar es el hecho de que no se hayan detectado diferencias entre los adolescentes que presentan y no presentan trastornos a nivel de las variables incluidas en la medición de apoyo social. Una explicación tentativa es que la clasificación de los grupos que presentan y no presentan problemas de salud mental a través de diagnósticos categoriales como el que entrega el Disc-IV pudiera no ser adecuada respecto de esta variable. Es posible que pese a no cumplir con los criterios para ser calificados como portadores de un trastorno, dentro del grupo calificado como sin trastornos según el Disc-IV existieran adolescentes que experimentaran niveles de malestar psicológico subclínico. Otra posibilidad es que la presencia de un problema de salud mental derivara en una mayor presencia de la familia y otros proveedores, incrementando así la percepción de apoyo del grupo que padece trastornos. Finalmente una tercera explicación es que la entrega de apoyo tenga mayor relevancia en la etapa inicial de la privación de libertad mientras que en el presente caso los adolescentes llevaban privados de libertad un periodo entre cerca de 8 y 16 meses en promedio dependiendo del centro.

Independientemente de que los resultados no permitieran corroborar la influencia del apoyo sobre los niveles de salud mental, la relación entre apoyo y diferentes medidas de bienestar reportada en la literatura (Chu et al., 2010), indica que es importante tomar las medidas necesarias para facilitar el contacto de los adolescentes con sus otros significativos especialmente en una primera etapa de la reclusión. Así por ejemplo Monahan, Goldweber y Cauffman (2011) proponen que el apoyo social puede jugar un importante papel para minimizar el impacto de los estresores y contribuir a la respuesta de ajuste psicológico frente a la privación de libertad. Particularmente el que puedan proporcionar las visitas de personas significativas. Estas autoras condujeron un estudio longitudinal con adolescentes estadounidenses de entre 13 y 17 años privados de libertad durante los primeros 2 meses de llegados al centro de reclusión. Sus resultados indicaron que eran recibían visitas de sus padres mostraban mejor adaptación entendida como una disminución más acentuada de la sintomatología depresiva que caracterizaba las primeras semanas de privación de libertad. Además el número de personas también tenía un efecto adicional sobre la disminución de los síntomas. De esta forma mientras más personas visitaban a los adolescentes, mayor era descenso en los síntomas. Otro hallazgo relevante de este estudio es que el efecto positivo de las visitas era independiente del grado de cercanía con los familiares.

Basándonos en esta evidencia es posible esperar que el contacto de los adolescentes con sus referentes contribuya amortiguar los efectos estresores de la privación de libertad, por lo que resulta aconsejable a nivel de intervención implementar medidas que fomenten

5.11. Coeficiente intelectual

Los resultados obtenidos respecto al área de potencial intelectual aportan información importante respecto de la población estudiada que debe ser tomada en cuenta al momento de planificar y desarrollar intervenciones.

Pese a la limitación que representa no contar con normas chilenas que cubran todo el espectro de edad de la población para la calificación de los resultados, las tendencias generales son similares al utilizar la norma chilena publicada por Ivanovic et al (2000) y permiten realizar algunas conclusiones.

Al utilizar ambos criterios de clasificación, se aprecia que una proporción mayoritaria de los casos presenta un desempeño inferior al de su grupo de referencia. Estos resultados serían similares a los que se obtuvieron en el estudio de Rioseco (2009) a través de las escalas de Wechsler, donde los grupos con rendimiento bajo lo normal (rango de retardo, límite y normal lento) representaron 78% (44% si solo se consideran los rangos retardo y límite). Asimismo coinciden con la evidencia reportada en la literatura que apunta hacia menores niveles medios de potencial intelectual entre la población de adolescentes infractores de ley (Isen, 2010). La relevancia de esta variable en relación con las trayectorias delictivas ha sido propuesta por Moffitt et al, (1993) planteando que existirían diferencias a nivel de habilidades cognitivas entre los grupos que incurren en conductas delictivas circunscritas al periodo de la adolescencia y aquellos que persisten en trayectorias desviadas. Donnellan et al (2000), encontraron evidencia parcial para estos planteamientos ya que en dos de tres grupos étnicos presentes en su estudio (caucásicos e hispanos), los niveles medios de CI evaluado con el test de matrices progresivas de Raven eran superiores para el grupo de quienes desistían de las trayectorias desviadas.

Este tipo de hallazgos ha llevado a algunos autores a buscar antecedentes del comportamiento violento o antisocial a nivel neurobiológico (p.e. Raine, et al, 2005). A nivel de habilidades cognitivas existe relativo consenso respecto del funcionamiento alterado a nivel de funciones verbales en población que presenta conductas antisociales (Foley, 2001; Isen, 2010). Por su parte resultados más recientes citados por Raine et al. (2005) indicarían que también es posible observar dificultades a nivel de las funciones espaciales en este grupo. El estudio antes mencionado de Raine et al. (2005), encontró un deterioro en ambos tipos de funciones cognitivas particularmente en el grupo que seguía una trayectoria de conductas antisociales que se extendía más allá de la adolescencia. Un aspecto importante de los resultados de este estudio es que se controló estadísticamente la presencia de otras variables intervinientes como la presencia de trastornos como el TDAH, así como también de factores ambientales.

Además de los aspectos neurobiológicos antes mencionados es importante citar las explicaciones alternativas citadas recurrentemente en la literatura. Así para explicar los menores niveles de desempeño evidenciados por los adolescentes con conductas antisociales, se ha mencionado que la propia presencia de la conducta antisocial y conductas relacionadas como la impulsividad y desatención, podrían influir en el rendimiento en las evaluaciones aplicadas. De esta forma se ha planteado que este grupo de adolescentes podría presentar menor disposición e interés por responder este tipo de evaluaciones (Cova et al, 2011).

Los resultados del estudio realizado en los 4 centros CRC plantean la posibilidad de estudiar con mayor profundidad los perfiles de los adolescentes mediante metodologías más especializadas por ejemplo estudios a nivel de funciones cognitivas específicas y el uso de técnicas multivariadas que permitan controlar estadísticamente la influencia de las variables intervinientes.

Independiente de las implicancias teóricas que pueda tener estos resultados y de la posible discusión sobre sus explicaciones, la presencia mayoritaria de adolescentes con un rendimiento disminuido comparados con el grupo de referencia, es un antecedente que puede impactar en forma significativa el trabajo desarrollado con los adolescentes privados de libertad. Este factor debe ser tenido en cuenta al momento de desarrollar iniciativas en el área de la habilitación y reinserción educativa que representan objetivos centrales del trabajo socioeducativo que se realiza en los centros. Las dificultades a nivel cognitivo pueden repercutir en los procesos de aprendizaje y adquisición de competencias necesarias para la inserción escolar y ocupacional.

Las problemáticas de habilidades más específicas que podrían reflejarse a nivel de la evaluación general realizada a partir del test de matrices progresivas de Raven, resultan importantes de diagnosticar en forma especializada. Debido a que en muchos casos los adolescente atendidos presentan trayectorias escolares alteradas (Foley, 2001), la necesidad de responder en forma especializada puede resultar necesaria para promover la motivación escolar en una población que presenta riesgo de no adherir a los sistemas escolares si no cuenta con intervenciones diseñadas para sus necesidades específicas.

La mayor presencia de casos con trastornos de salud mental dentro del grupo que alcanzó un rendimiento inferior al P5 (Deficiente), es otro hallazgo relevante en relación con la información obtenida en el ámbito del potencial intelectual en el presente estudio. Aunque resulta una relación particularmente difícil de verificar empíricamente existen algunos estudios en población general que entregan antecedentes para comprender esta posible asociación. Así por ejemplo en el nivel de estudios trasversales Rajput et al (2011) realizaron un estudio donde revisaban la asociación entre problemas mentales comunes y CI a partir de datos de la encuesta nacional de morbilidad psiquiátrica de Reino Unido, una encuesta representativa de la población general realizada en Inglaterra, Gales y Escocia. Las medidas utilizadas para evaluar las variables antes mencionadas incluyeron la Clinical Interview Schedule como medida de problemas de salud mental y el National Adult Reading Test como estimación del CI verbal.

Los resultados de estos autores evidenciaron que los puntajes del grupo que presentaban trastornos eran significativamente inferiores a los de quienes no los presentaban. Además en ese estudio la asociación resultó más fuerte para la depresión e inferior pero significativa para la ansiedad generalizada. Estos autores evaluaron además la influencia de otras variables, encontrando que esta relación estaba moderada por el nivel de educación, clase

social, ingreso y calidad de las relaciones interpersonales. Estos resultados son consistentes con los estudios prospectivos como el de Batty et al (2005) que encontró relaciones entre el CI medido en la infancia y trastornos psiquiátricos en la edad adulta. De acuerdo con estos últimos autores dos de las posibles explicaciones para la relación observada entre potencial intelectual temprano y psicopatología, incluyen en primer lugar la posibilidad de que el bajo CI sea un indicador de algún trastorno psiquiátrico subclínico de desarrollo temprano que precede al trastorno psiquiátrico. Por otro lado el CI del niño puede representar una suerte de registro biológico de los estresores psicológicos y fisiológicos (como por ejemplo sería alguna enfermedad postnatal o estresores ambientales como el maltrato familiar) que tuvieran lugar antes de que se realice la evaluación y que a su vez predicen los problemas psiquiátricos posteriores.

6. CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL

Respecto a los principales resultados se aprecian en primer lugar altos niveles de prevalencia anual de problemas de salud mental evaluados a partir del DISC-IV los que alcanzaron un 62%. Por su parte la prevalencia durante las últimas cuatro semanas llegó al 50,2%. Si bien resulta difícil realizar una comparación directa de estos resultados debido a las diferencias metodológicas con otros estudios, estos indicadores están en la misma línea de las publicaciones internacionales y nacionales que reportan niveles de psicopatología que superan los obtenidos en población general (Rioseco et al, 2009; Teplin et al, 2002, Vicente et al, 2011).

Cuando se revisan las grandes agrupaciones de trastornos, se aprecia que una alta prevalencia anual de trastornos disruptivos (41,2%), y de aquellos relacionados con el consumo de drogas (38,9%). Los antecedentes teóricos sobre la evolución de estas patologías sugieren que su inicio es anterior a la privación de libertad lo que supone que los centros reciben jóvenes que son portadores de estos trastornos al momento del ingreso. Por lo anterior resulta recomendable que cuenten con estrategias para identificarlos y entregar tratamiento especializado como parte de su oferta de prestaciones para la intervención con estos adolescentes.

Respecto a las agrupaciones de trastornos antes mencionadas es importante señalar que en ambos casos se trata de trastornos que tienden a presentar altos niveles de comorbilidad. Además muestran relativa estabilidad cuando se comparan los indicadores de prevalencia mensual y anual, aspecto que refuerza la importancia de entregar tratamiento que mitigue su sintomatología.

Es importante mencionar que ambos grupos de trastornos sólo están presentes en los centros con población masculina mientras en el centro femenino solo aparecen trastornos ansiosos y afectivos. Aunque el grupo de mujeres evaluado es pequeño y las conclusiones derivadas de este estudio en relación a esta población deben ser consideradas desde esta perspectiva, estos resultados coinciden con lo reportado en la literatura en relación con el predominio de trastornos externalizantes en los varones y de los internalizantes en las mujeres.

Los trastornos ansiosos se sitúan en un nivel inferior a los anteriores alcanzando un 33 % de prevalencia anual y presentan mayor variabilidad cuando se compara la prevalencia mensual y anual. En un nivel inferior al 15% aparecen los trastornos afectivos, los cuales también muestran variabilidad al comparar los indicadores de prevalencia. En ambos casos existe una disminución importante al comparar la prevalencia anual con la mensual que apuntaría a que un grupo de jóvenes dejó de calificar dentro de algunos de los trastornos ansioso o depresivo, es decir presenta una disminución de su sintomatología. De esta forma estos grupos de trastornos podrían estar relacionados más estrechamente con la adaptación a las condiciones ambientales relacionadas con la privación de libertad.

La agrupación de trastornos misceláneos que corresponde a una agrupación de diversos cuadros de distintas características, es el grupo de trastornos de menor presencia en la población estudiada con un 2,7% (12 meses).

Otro hallazgo importante indica que los centros de mayor población presentan también una proporción más importante de jóvenes con problemas de salud mental, aspecto que lleva a dirigir la atención en la identificación de las condiciones ambientales que podrían contribuir al agravamiento de los niveles de salud mental de este grupo de jóvenes.

En términos generales los grupos de mayor edad dentro de la población evaluada pese a ser un grupo menor en términos de cantidad dentro de los centros, presentan proporcionalmente mayores niveles de psicopatología.

En relación con el diagnóstico de esquizofrenia no se observaron casos que cumplieran los criterios requeridos, sin embargo algunas experiencias psicóticas aparecieron con baja frecuencia. El tamizaje y evaluación periódica de este tipo de patologías es un de las recomendaciones recurrentes encontradas en la literatura que se plantea como estrategia para de prevenir conductas auto o heteroagresivas.

Las conductas autolesivas, pensamientos relativos a la muerte e intentos de suicidio durante el año anterior a la entrevista son reportados con lata frecuencia por los jóvenes evaluados tanto en la etapa de tamizaje (se evaluaron 221 jóvenes con el instrumento de tamizaje) como de evaluación. Los cortes u otras conductas generadoras de daño mostraron alta prevalencia si se suman los casos que incurren en ellos en forma esporádica y frecuente. Asimismo alrededor de la quinta parte de los jóvenes tamizados reportó ideación suicida o de daño a sí mismo. La información obtenida desde la entrevista estructurada DISC-IV (que fue desarrollada con un menor numero de casos, N=183) apuntó en la misma dirección ya que cerca de la mitad de los casos refirieron pensamientos relacionados con la muerte en el último año mientras un 20,2% reportó pensamientos sobre quitarse la vida. Finalmente un 11,5%, manifestó haber incurrido en un intento de suicidio en el año anterior.

Se aprecian niveles importantes de comorbilidad entre los distintos grupos de trastornos siendo las patologías de grupo disruptivo y por consumo de sustancias las que aparecen en mayor proporción como cuadros comórbidos en los grupos de jóvenes que presentan trastornos afectivos o ansiosos. Lo anterior representa un factor que incrementa la complejidad de las problemáticas de salud mental. Resulta necesario tomar en consideración las necesidades específicas de los usuarios al momento de diseñar estrategias de intervención para ser implementadas en los centros ya que las modalidades tradicionales de tratamiento podrían no ser idóneas.

En relación con el apoyo social se aprecia que los mejores proveedores de apoyo tanto instrumental como emocional para los adolescentes, fueron los referentes familiares primarios particularmente la madre. Por otro lado entre los profesionales que intervienen con

los adolescentes la figura mejor evaluada respecto de la entrega de apoyo corresponde a los encargados de caso. Las recomendaciones internacionales refieren la importancia del contacto de los jóvenes privados de libertad con sus otros significativos para mejorar sus niveles de bienestar y mitigar la sintomatología propia del periodo de adaptación (Monahan, et al 2011)

En el área de la evaluación de potencial intelectual, los adolescente estudiados presentaron mayoritariamente un rendimiento inferior al de su grupo de referencia en el test de matrices progresivas de Raven al ser comparado con la norma chilena como con la versión de la Plata (2000). Además se observó una presencia mayoritaria de casos con problemas de salud mental dentro del grupo que presentó rendimiento más bajo en la evaluación del Raven. Este patrón se presentó tanto al momento de revisar los trastornos en general como al realizar el análisis según las distintas agrupaciones. Respecto a este punto es importante considerar que la población que fue evaluada con el Test de Raven corresponde a un grupo con sospecha de problemas de salud mental por lo que los valores reflejan en cierta medida la relación entre el potencial intelectual y presencia de algún trastorno de salud mental.

En relación con el potencial intelectual resulta importante considerar la evaluación especializada en esta área para de esta forma definir estrategias de intervención que contribuyan a mejorar los niveles de logro en las áreas de habilitación, inserción educacional y responsabilización.

.

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LEY

7.

1. PRESENTACION

En este capítulo expone los resultados del diagnóstico de redes de atención de problemas de salud mental realizada en el estudio.

En primer lugar, se expone los antecedentes del diagnóstico, es decir, el modelo que actualmente se encuentra en funcionamiento en Chile. Esto es, la normativa que regula la atención de adolescentes infractores de ley privados de libertad, las orientaciones para el trabajo con esta población, los actores participantes en esta atención y sus roles.

En segundo lugar, se presenta la metodología de recolección de información a partir de la cual se desarrolla el presente diagnóstico. Esta metodología implicó trabajo de recolección de información respecto a la atención entregada en materia de salud mental a los jóvenes que cumplen condenas en los centros CRC de Graneros, Limache, Santiago y San Bernardo. Para recolectar esta información se realizaron entrevistas semiestructuradas con diversos actores de la red y se aplicó una pauta de observación y consulta en terreno, la que da cuenta de la infraestructura de los centros, los recursos humanos, las intervenciones disponibles, entre otros aspectos.

Al exponer los resultados de esta investigación se realiza en primer lugar, una exploración de los niveles de complejidad de la población a partir de las entrevistas realizadas. El análisis de esta información permitió elaborar un diagnóstico de prevalencia a partir de la observación por los operadores de los CRC.

Luego, a partir de la caracterización de los servicios de atención de salud mental en los CRC, de la atención en salud mental en el sistema de salud pública y de los procesos judiciales asociados a la atención en salud mental de los adolescentes privados de libertad, se expone de forma descriptiva lo enunciado por los operadores de los CRC y del sistema de justicia entrevistados. El análisis de esta información permite identificar la demanda potencial de tratamiento para jóvenes infractores en las regiones en estudio, exponiendo la percepción de los centros cerrados de SENAME respecto a los desafíos que presenta la problemática de salud mental y psiquiatría de esta población.

Finalmente a partir de la pauta de observación y consulta aplicada por los investigadores en cada CRC incluido en el estudio, se desarrolla un Catastro de recursos humanos, niveles de capacitación, de equipamiento, infraestructura e insumos disponibles para dar respuesta a la demanda.

2. ANTECEDENTES

Actualmente en Chile no existe un modelo intersectorial de atención en salud de infractores de ley privados de libertad. En esta materia participan distintos actores, como lo son SENAME, SENDA y MINSAL entre quienes se han definido diversos acuerdos para dar atención específica a las necesidades de atención, centrando sus estrategias principalmente en el consumo problemático de sustancias.

En primer lugar, se firma el año 2006 el convenio CONACE-MINSAL-FONASA de “Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de drogas y otros problemas de salud mental” el cual supone la instalación de dispositivos de tratamiento para población infractora en medio libre y medio cerrado. Estos dispositivos, tiene por objeto *“Potenciar el logro de objetivos terapéuticos de alta intensidad y complejidad, dirigido a adolescentes infractores de ley privados de libertad que presentan consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental, con o sin sanción accesoria.”* (SENAME; 2011. P.31)

Asimismo, se firma el año 2007 el convenio entre SENAME, CONACE y MINSAL a fin de generar la oferta de unidades de corta estadía al interior de los CRC, cuya labor es *“Otorgar atención especializada a jóvenes con intoxicación aguda por consumo de alcohol y drogas, síndrome de abstinencia con síntomas de privación severa, comorbilidad psiquiátrica grave descompensada, trastorno mental descompensado y riesgo vital (auto y heteroagresividad).”* (SENAME; 2011. P.31)

Ambos convenios suponen la instalación de dispositivos de salud mental en los CRC. Sin embargo, la mayor parte de la oferta pública requerida para dar atención a la problemática es entregada por el sistema de salud público en sus diferentes niveles. A continuación se describirá a grandes rasgos el modelo de redes asistenciales destinadas para la atención de la población en estudio.

2.1 Modelo actual de las redes asistenciales para la población infractora de ley en Chile

A. Orientaciones Técnicas para Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Con Trastornos Mentales Usuarios del Servicio Nacional de Menores

Las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de justicia de menores, “Reglas de Beijing”, establecen que *“mientras se encuentren bajo custodia, los menores recibirán cuidados, protección y toda la asistencia – social, educacional, psicológica, médica y física – que requieran, habida cuenta de su edad, sexo y características individuales”*. En respeto a la normativa internacional, SENAME, encargado por la normativa vigente a través de la Ley N° 20.084 a administrar condenas privativas de libertad, debe abordar los aspectos relacionados con la salud mental de los jóvenes que se encuentran en los Centros de

internación provisoria y, los Centros para la internación en régimen cerrado y secciones juveniles, cumpliendo medidas y sanciones privativas de la libertad.

Así, este documento tiene por objeto *“orientar la atención de salud mental para el acceso oportuno y expedito de niños, niñas y adolescentes, con vulneración de derechos, e infractores de ley, que presentan un trastorno mental severo, incluyendo el consumo problemático de sustancias psicoactivas. La atención que debe estar organizada y otorgada con enfoque de gestión de calidad, incorporando la perspectiva de género y del desarrollo, en los programas de acción ejecutados”*. (MINSAL, 2007. P.6)

Premisas para la atención de la población infantil y adolescente con trastornos mentales, vulnerabilidad social e infracciones de ley

El modelo actual de atención en salud mental definido por Ministerio De Salud a través de las Orientaciones Técnicas para Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Con Trastornos Mentales Usuarios del Servicio Nacional de Menores define premisas que debe regir la atención que se le entrega a esta población.

La Atención es Integrada, Integral y en Red de Servicios.

“La perspectiva integral del abordaje considera la intervención en red tanto sanitaria como intersectorial, en la lógica del respeto por el ejercicio y protección de Derechos, en concordancia con los tratados internacionales, y la actual política de protección a la infancia del Gobierno. A su vez, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento oportuno, aumenta la posibilidad de alcanzar resultados favorables de mantención de conductas sanas, recuperación de daño o vulnerabilidad, reinserción escolar, familiar y social de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales.”(MINSAL, 2007, p.19)

Atención es preferentemente ambulatoria y comunitaria

El modelo, sustentándose en recomendaciones internacionales, propone que *“la forma más eficiente y efectiva de abordar los problemas de salud mental en la población adulta, infantil y adolescente es de tipo ambulatoria/comunitaria, con acciones cercanas a los lugares de residencia de las personas, evitando el desarraigo social y familiar.”* (MINSAL, 2007, p.20)

Desarrollo del Recurso Humano

“El informe de la OMS 2006, reconoce el recurso humano como ámbito prioritario para avanzar en mayor equidad y calidad de la atención, así también, en la eficiencia de la gestión de los recursos, se reconoce una política de incentivos, de perfeccionamiento continuo y acciones de autocuidado como claves para alcanzar resultados efectivos y de calidad en esta población.”(MINSAL, 2007, p.21)

Mejora Continua de la Calidad de la Atención

El modelo de atención debe incluir, la perspectiva de mejora continua de la calidad en procesos de atención en salud mental, consistente con el modelo general de atención de la

salud de la red asistencial pública. *“Se trata que los usuarios, tanto externos (población infanto-adolescente y familia) como internos (recursos humanos) dispongan tanto, en la organización de los servicios, como en la provisión de los mismos, estándares que garanticen resultados de calidad de las necesidades de salud demandadas.”* (MINSAL, 2007. p.22)

Enfoque de género

“La literatura internacional existente, permite afirmar que hay diferencias importantes en los factores que colocan a las niñas en riesgo social de victimización y delincuencia, así como, hay diferencias también en el camino de entrada y salida a la vulnerabilidad y a la delincuencia entre los y las adolescentes y, por esto, se plantea la necesidad de diseñar proyectos en donde se incorporen las diferencias de las necesidades e intereses de hombres y mujeres.”(MINSAL, 2007. p.24)

Enfoque de desarrollo

“El enfoque de desarrollo permite visualizar al niño, niña y adolescente en un continuo, en el que la satisfacción de sus necesidades específicas y tareas propias de la edad, permiten promover un desarrollo progresivo, que va actualizando las capacidades del individuo de acuerdo a las necesidades que el mundo social le va demandando.” (MINSAL, 2007. p. 26)

Desmitificación de la situación de daño psicosocial irrecuperable de la población con vulneración de derechos e infractores de ley

El modelo plantea que con intervención oportuna, el daño psicosocial puede ser revertido y no dejar huellas en la vida adulta. Sin embargo, es necesario fortalecer la investigación en materia de qué intervenciones tienen mayor impacto, a fin de fortalecer la oferta de atención que se presta a esta población (MINSAL, 2007. p. 27)

B. Redes de Atención

En base a estos principios se generan redes de atención para esta población específica. Este circuito está compuesta por las redes de salud en sus niveles primario, secundario y terciario, la Red de SENAME, junto con sus organizaciones colaboradoras, y SENDA a través de sus programas de tratamiento de rehabilitación para consumo problemático de alcohol y drogas. Las orientaciones técnicas para tratamiento en salud mental de niños, niñas y adolescentes que cumplen medidas en programas de SENAME define que *“Los procesos que utilicen los dispositivos que constituyen las redes, deben asegurar cobertura, acceso oportuno, continuidad y calidad de ésta, tanto para los requerimientos de salud mental y psiquiatría, como para la atención de los aspectos salud física de la población objetivo.”* (MINSAL, 2007. p.29)

Asimismo, estas orientaciones, definen que la atención requerida por esta población debe integrar una “oferta amplia de salud mental de mediana y alta complejidad, cuya resolución debe dar respuestas inmediatas frente a situaciones de crisis y cuadros agudos, hasta instancias residenciales de atención y cuidados de responsabilidad de SENAME; todo en

coordinación permanente con la red sanitaria que corresponda, facilitando la continuidad y seguimiento de la atención que requieran.” (MINSAL, 2007. p.29)

A continuación se da cuenta brevemente de los actores involucrados a nivel de Ministerio de Salud en entregar esta oferta.

1. Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio / Comunitario en Centros de Salud Mental Comunitario, Consultorios Adosado de Especialidad (CAE), Centros de Referencia en Salud (CRS) y Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT).

2.- Hospital de Día de Adolescentes.

3.- Residencias Protegidas especializadas para Adolescentes con trastornos conductuales severos.

4.- Atención de Urgencia (SAPU y SAMU).

5.- Unidades Clínicas de Hospitalización Cerrada.

5.1. Hospitalización de Corta Estadía de Adolescentes en Hospital General

5.2.- Unidades Clínicas de Hospitalización de Corta Estadía en Centros Privativos de Libertad de SENAME.

5.3.- Hospitalización de Mediana Estadía y Alta Complejidad.

6.- Unidades de Psiquiatría Forense Adolescentes

6.1.- Hospitalización para evaluación psiquiátrica a imputados adolescentes (UEPI).

6.2.- Hospitalización de Mediana Complejidad para Adolescentes inimputables por causa mental.

6.3.- Residencia Forense Adolescente.

3. METODOLOGIA

El presente trabajo se realizó en el marco del Estudio Diagnóstico de la Situación Actual de la Atención en Salud Mental y Psiquiatría para la Población de Adolescentes que Cumplen Condena en CIP – CRC mandatado por SENAME y ejecutado por Fundación Tierra de Esperanza se realizó un “Diagnóstico de Redes de Atención en Salud Mental para Población de Adolescentes que Cumplen Condena en CIP – CRC”.

Este diagnóstico se desarrolló en torno a los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo General

- Explorar y analizar las redes de apoyo asistenciales en salud mental y psiquiatría, tanto de la red SENAME como de salud pública con la que cuentan las regiones V, VI y Metropolitana.

Objetivos Específicos

- Dar cuenta de las brechas de resolutiveidad según niveles de complejidad, en lo que respecta a recursos humanos, insumos, equipamiento e infraestructura.
- Desarrollar un Plan de optimización de recursos existentes y propuesta de modelos de atención para la reducción de brechas de resolutiveidad de la población no atendida y subatendida en el medio ambulatorio y cerrado.

En base al diagnóstico levantado revisar el actual modelo de atención, con parámetros de integralidad, la pertinencia de su perspectiva de atención (modelo de atención adulto), y la efectividad y operatividad de los flujos de derivación de la red asistencial.

A fin de dar cuenta de los objetivos propuestos se trabajó en torno a diversos ejes de investigación:

- Revisión de la experiencia nacional en torno a la atención en salud mental de adolescentes infractores de ley privados de libertad
- Revisión de la experiencia internacional en torno a la atención de salud mental de adolescentes infractores de ley privados de libertad
- Diagnóstico de las redes de atención de salud mental de adolescentes infractores de ley privados de libertad
- Catastro de Servicios disponibles para la atención en salud mental al interior de los CRC
- Recomendaciones y Modelo de atención en salud mental para adolescentes infractores de ley privados de libertad

Las recomendaciones y modelo de atención darán cuenta de los objetivos a y b. Estos componentes son producto del trabajo conjunto de esta investigación, tanto del Diagnóstico de Redes de Atención en Salud Mental para Población de Adolescentes que Cumplen Condena

en CIP – CRC, como del diagnóstico de Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en la población adolescente y de los niveles de complejidad de dicha población.

Por su parte, mientras que el primer y segundo eje, que se exponen en el informe 3, correspondiente a la presentación del modelo, requirieron de la revisión de fuentes bibliográficas, los puntos 3 y 4 implicaron levantamiento de información en terreno, proceso que se describe a continuación.

3.1. Levantamiento de información en terreno

A fin de realizar un diagnóstico de las redes de atención de salud mental de adolescentes infractores de ley privados de libertad y un catastro de servicios disponibles para la atención en salud mental al interior de los CRC se realiza un levantamiento de información en Centros de Régimen Cerrado (CRC) de las regiones V, VI y Metropolitana. Los CRC que se integraron a la muestra fueron el CRC Limache (V región), CRC Graneros (VI región) y los CRC de Santiago y San Bernardo en la región metropolitana.

Procurando que representantes de las diversas instituciones participantes de la atención de los jóvenes infractores de ley en sus diversos niveles se integra a los participantes a representantes de: Servicio Nacional de Menores, Gendarmería de Chile, Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, ex CONACE), Ministerio de Justicia, Fiscalía y Defensoría.

El trabajo en terreno tuvo por objeto levantar información respecto a las siguientes dimensiones: Condiciones Físicas para la Atención, Registro y Sistematización de la información, Recursos Humanos, Identificación de los Servicios Disponibles en el CRC, Etapas y Actores Involucrados en Proceso de Trabajo en Red, Demanda y Necesidad de Atención, Calidad de la Atención en el Sistema de Salud Público, Rol y Percepción Actores Judiciales.

A partir de estas dimensiones de la atención en salud mental se elaboran indicadores e instrumentos para capturar esta información (Ver Anexo 1: Matriz de variables e instrumentos a analizar). Entonces, el levantamiento de esta información fue realizado a través de grupos focales, entrevistas semiestructuradas y la aplicación de una pauta de observación y consulta en cada CRC.

A. Grupos focales y entrevistas

Los investigadores en terreno aplicaron entrevistas semi estructuradas en torno a las dimensiones anteriormente descritas (ver ANEXO 2: Pautas de entrevista Semi estructurada). La entrevista a cada operador fue diseñada en torno al ámbito en el cual el profesional se desarrolla. La muestra de entrevistados estuvo compuesta por profesionales de CRC, operadores del sistema judicial, Coordinadores de justicia juvenil de SENAME y operadores a nivel central. En los CRC se entrevistó a directores, jefes de área técnica, encargados de salud mental, entre otros.

Además, se realizaron grupos focal en cada CRC, en los que participaron educadores de trato directo, encargados de caso, interventores clínicos y profesionales de los dispositivos de tratamiento de de rehabilitación para consumo problemático de sustancias.

Finalmente, en las entrevistas con operadores de las instituciones en su nivel central se entrevista a aquellos informantes clave recomendados por la contraparte en SENAME, incluyendo personal de Gendarmería de Chile, SENDA y Ministerio de Justicia.

A continuación se presenta el listado de entrevistas desarrolladas:

Tabla 1: Entrevistas desarrolladas a operadores del Nivel Central

Entrevistas a Nivel Central		
Representa a	Actor	Cargo
SENAME	Felipe Merello	Psicólogo - Supervisión clínica
Gendarmería de Chile	Gerly Muñoz	Coordinadora del área de intervención psicosocial del departamento de readaptación.
SENDA	Claudia Quinteros o	Jefa programa infractores CONACE Nacional.
	Magdalena Donoso	Psicóloga área de tratamiento y rehabilitación.
Ministerio de Justicia	Pedro Pacheco	Parte del equipo del depto. de menores (fue parte del comité intersectorial de LRPA de la quinta región).

Tabla 2: Entrevistas y Grupos Focales desarrollados en la Región Metropolitana

Región Metropolitana	
Representa a	Cargo
CRC San Bernardo	Jefe área técnica CRC San Bernardo
	Coordinador o encargado de salud CRC San Bernardo
1 Grupo focal con operadores del CRC San Bernardo	
CRC Santiago	Jefe área técnica CRC Santiago
1 Grupo focal con operadores del CRC Santiago	

Tabla 3: Entrevistas y Grupos Focales desarrollados en la V región

V Región	
Representa a	Cargo
	Directora CRC Limache
CRC Limache	Jefe área técnica CRC Limache
	Interventoras Clínicas CRC Limache
1 Grupo focal con operadores del CRC Limache	

SENAME	Coordinador de justicia juvenil en dirección regional
Defensoría	Defensor
Fiscalía	Fiscal

Tabla 4: Entrevistas y Grupos Focales desarrollados en la VI región

VI región	
Representa a	Cargo
CRC Graneros	Director CRC Graneros
	Jefe área técnica CRC Graneros
	Interventor Clínico CIP-CRC Graneros
1 Grupo focal con operadores del CRC Graneros	
Dispositivo de CONACE	Encargado de programa Pukem
SENAME	Coordinador de justicia juvenil en dirección regional
Defensoría	Asistente social Defensoría
Fiscalía	Fiscal

B. Pauta de observación y consulta en terreno

Con el objeto de realizar un catastro de profesionales y servicios disponibles en los CRC, así como analizar la infraestructura destinada a la atención en salud mental se elaboró una pauta de observación y consulta a ser completada por el investigador en terreno en cada CRC.

Esta pauta fue completada a partir de la observación directa realizada en un recorrido por cada CRC, complementada por la revisión de fichas de casos e información aportada por el director del centro. Así, la pauta consta de un apartado destinado a describir los profesionales e intervenciones de los CRC, a continuación se debe observar la existencia de una serie de condiciones especializadas para la atención en salud mental, para finalmente realizar un recorrido del CRC que dará cuenta de las condiciones de infraestructura disponibles para la atención de salud mental en los centros (Ver Anexo 3: Pauta de observación)

3.2. Evaluadores en terreno

En cada una de las regiones en las que se desarrolló el estudio se contó con un investigador en terreno. Se seleccionaron profesionales de las ciencias sociales con manejo en técnicas cualitativas de recolección de información. El equipo de terreno participó de jornadas de capacitación sobre los objetivos del estudio, los productos esperados, características de población y aspectos generales del área responsabilidad penal juvenil. Éstas fueron impartidas por el equipo investigador incluyendo integrantes de ambas áreas del estudio.

3.3. Análisis de la información

Los grupos focales y entrevistas en profundidad fueron transcritos y luego codificados por cada uno de los investigadores en torno a los indicadores establecidos en la matriz de variables e instrumentos. El análisis y codificación fue realizada a partir del software ATLAS - TI, y que representa la operación a partir de la cual los datos son fragmentados, conceptualizados.

4. RESULTADOS

4.1. Prevalencia de salud mental

Respecto a la prevalencia de problemas de salud mental en la población en estudio, los actores entrevistados describen diferentes patologías presentes, entre ellas: patologías preexistentes; consumo problemático de sustancia; síndrome de abstinencia; patologías duales (consumo problemático de sustancias con otra patología de salud mental concurrente); efectos de prisionización.

En primer lugar se señala que un número importante de jóvenes presenta patologías de salud mental que inclusive cuentan con tratamientos psiquiátricos previos, y que es durante el cumplimiento de condena en medio cerrado se gatillan crisis o descompensaciones agudizadas por la privación de libertad.

Uno de los principales problemas que los diversos entrevistados identifican son problemas de déficit intelectual, que junto con a otros trastornos, podrían estar asociados a factores ligados al desarrollo de los jóvenes, lo que se condice con el diagnóstico de prevalencia anteriormente expuesto, el que da cuenta de un 69,9% con un desempeño deficiente en el test de Raven.ⁱ

Transversalmente, los actores de todos los sectores señalan que las patologías que más prevalecen dentro de la población de jóvenes infractores de ley están aquellas que guardan relación con el consumo de drogas y alcohol, así como también los efectos relativos a la privación de dicho consumo. Estas patologías son las primeras que se pesquisan en las etapas iniciales del proceso de cada joven que ingresa al CRC, en la cual los jóvenes presentan sintomatología asociada a síndrome de abstinencia. Asimismo, los operadores reconocen que son estos problemas los que presentan una sintomatología más evidente, por lo que son fácilmente diagnosticablesⁱⁱ.

Sin embargo, es recurrente que los jóvenes presenten más de una patología a la vez. Los actores identifican muchos casos que presentan patologías duales, en que el consumo problemático de sustancias se presenta asociado a otras patologías de base, lo que complejiza sus cuadros clínicosⁱⁱⁱ.

Una de las complicaciones más comunes del consumo problemático de sustancias tiene relación con los efectos del primer periodo de privación de libertad generando descompensaciones gatilladas por la abstinencia en el consumo de alcohol o drogas. Este primer periodo de abstinencia presenta especiales complicaciones para jóvenes que se encuentran cumpliendo medidas cautelares, ya que tienen menor acceso a servicios de los programas de SENDA y una supervisión menos estrecha por parte de los interventores clínicos de los centros. Por su parte, a juicio de los actores involucrados las crisis gatilladas por el síndrome de abstinencia podrían dar lugar al desarrollo de patologías de mayor complejidad^{iv}.

El síndrome de abstinencia, entre otros problemas de salud mental está directamente asociados a los efectos de la prisionización, problema que es abordado por la mayor parte de los actores del sistema, quienes hacen alusión al fuerte impacto que tiene la privación de libertad en el desarrollo adolescente. Algunos actores dan cuenta de la presencia no tan sólo de patologías o problemáticas de salud mental, sino que de sintomatología asociada en gran medida a los efectos de la prisionización, entre ellas, trastornos del sueño, crisis ansiosas, entre otros episodios que pueden llegar a constituirse como un trastorno de salud mental.^v

Los efectos de la privación de libertad se manifiestan a través del síndrome de abstinencia, trastornos ansiosos, depresión, trastornos del sueño, además de otros síntomas. Éstos se presentarían en su mayor parte en el primer periodo de encierro en el cual los jóvenes se deben adaptar a la privación de libertad^{vi}.

Otras patologías que pueden ser observados en el tiempo tienen relación con situaciones relacionadas a trastornos del sueño y ansiedad. En términos coloquiales es lo que muchos jóvenes y parte del staff del CRC denominan como “psicoseo”. Tal como se señala, estos síntomas son parte de las consecuencias de la privación de libertad y de consumo de sustancias y alcohol, los cuales generan cuadros depresivos. El término se refiere a un conjunto de fenómenos a nivel de salud mental y que guardan relación con los efectos propios de la internación dentro de un sistema privado de libertad. Dentro de dichos fenómenos los que más destacan y que son parte del levantamiento de información mediante el cual se generan los diagnósticos de los jóvenes del centro son: angustia, trastornos del sueño, cuadros de gastritis nerviosa, síntomas de depresión, cuadros de violencia (hacia sí mismos y sus pares)^{vii}.

Un punto importante de señalar es que situaciones en las cuales se agravan los efectos asociados a la privación de libertad en la salud mental de los jóvenes son explicados por instancias referidas a la definición de la situación legal de los jóvenes. Es decir, cuando se dicta sentencia o se revisan los casos de beneficios (como salida en libertad, conmutación de penas, etc.). Durante los periodos en que se esperan los resultados de las tramitaciones de las causas, los efectos de la privación reaparecen y se agudizan^{viii}.

Otro tema fundamental a considerar dentro de los trastornos asociados a la privación de libertad dice relación con el tratamiento de la salud física. Según algunos actores del sistema, la escasa atención de la salud física de los jóvenes causa que se agudicen síntomas de salud mental o que se generen crisis por gatilladas por problemas de salud. Así lo plantean profesionales del SENDA en la siguiente cita, revelando inclusive que los conflictos al interior de los centros podrían explicarse por temas de salud no tratados^{ix}.

La diversidad de patologías y síntomas relatados anteriormente, encuentra una respuesta altamente focalizada en el consumo problemático de sustancias y que presenta diversos déficit de atención, como veremos a continuación.

4.2. Caracterización de los servicios de atención de salud mental en los CRC

4.2.1. Actores involucrados

Al interior de los Centros de Régimen Cerrado (CRC) la oferta de atención en salud mental es entregada por equipos de SENAME y programas de rehabilitación para consumo problemático de sustancias de SENDA. Ambos equipos cuentan con recursos humanos limitados para enfrentar las múltiples necesidades en materia de salud mental de los jóvenes privados de libertad. Por su parte, en medio libre el sistema de salud pública da respuesta a las necesidades de carácter intensivo y de urgencia.

Según las Orientaciones Técnicas de Internación en Régimen Cerrado con Programa de Reinserción Social de SENAME, la función de los equipos de SENAME se desprende del siguiente objetivo: *“Facilitar la integración social y la responsabilización de los adolescentes condenados a régimen cerrado a través de una intervención socioeducativa con programa de reinserción social que garantice el derecho a su desarrollo integral dentro del marco del respeto a sus derechos humanos.”* (SENAME, 2011; p. 16)

Por su parte el rol de los programas de tratamiento según la norma técnica 85° “Para el Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol - Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental” define que los programas de SENDA serán responsables de la elaboración de un *“plan de tratamiento del consumo problemático de alcohol y Drogas y de la atención clínica de alta y mediana complejidad para desintoxicación en drogas , abordaje de la descompensación de los trastornos mentales comórbidos severos y manejo de las urgencias”*. (Norma técnica 85, 2006, p.13). Los programas de tratamiento de rehabilitación atienden a jóvenes vía demanda de los equipos de SENAME o aquellos que son derivados por orden del tribunal con Sanción Accesorio de participación de un programa de tratamiento. Estos programas son de carácter ambulatorio intensivo, entregando una diversidad de intervenciones, desde atención psiquiátrica, intervención clínica, trabajo con las familias, intervenciones grupales y talleres de diversa índole.

Dado que los centros no cuentan ni con infraestructura ni con recursos humanos para abordar patologías psiquiátricas en su interior, la demanda de salud mental es parcialmente cubierta por los programas de tratamiento de drogas y es habitual la necesidad de derivación de casos al sistema de salud público, tanto para diagnóstico especializados, como también para tratamientos ambulatorios y hospitalizaciones^x.

En cuanto a servicios de salud mental disponibles al interior de los centros fueron adjetivados como insuficientes por los entrevistados. Fundamentalmente debido a que cuentan solo con

servicio de atención en salud mental de los programas de tratamiento de rehabilitación para consumo problemático de sustancias, los que absorben, en la medida de lo posible, las demandas de salud mental. Éste programa aborda prioritariamente patologías asociadas al consumo problemático de alcohol y drogas, atendiendo las demandas de estos servicios que se generan a raíz de sanciones accesorias.

Los operadores entrevistados destacan la voluntad y receptividad que muestran los equipos de programas de tratamiento con las necesidades de atención de jóvenes a los que se les gatillen crisis o comiencen a manifestar patologías psiquiátricas. Al respecto señalan que actualmente, frente a casos de urgencias son los equipos de los programas de SENDA los que facilitan el vínculo con áreas de tratamiento de salud mental en casos de que los jóvenes lo requieran, especialmente frente a crisis graves o emergencias que le ocurra a un interno/a^{xi}.

Sin embargo, los programas de SENDA no cuentan con plazas suficientes para atender la demanda de atención de los jóvenes. En efecto la vía de ingreso a estos programa de casos está determinada por sanciones accesorias y priorizando a jóvenes con consumo problemático de sustancias. Es así que los problemas de salud mental asociados a consumo problemático de sustancias encuentran en alguna medida respuesta en el CRC, sin embargo, otras patologías carecen de una respuesta de atención adecuada^{xii}. Esto es de gran relevancia, tomando en consideración que de acuerdo al diagnóstico de prevalencia un 74,9% de los jóvenes presentan alguna problemática de salud mental a las cuales el sistema no da respuesta.

Entonces, las necesidades de prestación de servicios en materia de salud mental que no son cubiertas por los equipos de los programas de tratamiento o por los profesionales del equipo psicosocial (encargados de caso), son atendidas de forma mínima, ya que las derivaciones al exterior del centro son muy complicadas en virtud de la ausencia de recursos a nivel del sistema de salud público y lo dilatado de los tiempos de espera. Por lo tanto, ambos equipos (SENAME y SENDA) realizan esfuerzos para responder, en la medida de lo posible, a estas falencias en materia de atención psiquiátrica con los recursos humanos disponibles al interior de los CRC^{xiii}.

En los centros participantes en el estudio nos encontramos con un escenario donde predominan las falencias en materia de prestaciones de Salud Mental. Aunque la mayor parte de los centros cuenta con psiquiatras al menos en los dispositivos de SENDA en el CRC Graneros no cuentan con este profesional. Si bien existe un profesional médico que realiza ciertas visitas periódicas cada quince días, éstas en rigor son de carácter general y en ellas no se generan procesos de diagnósticos idóneos y menos seguimientos en casos donde se hayan detectado ciertas patologías relativas a salud mental en específico. Frente a estas carencias, como ya se explicitó antes, los dispositivos de SENDA juegan un rol central en las atenciones de salud mental, donde sólo en caso de urgencias se deriva a la red pública^{xiv}. Frente a la alta prevalencia de trastornos de salud mental se requiere de este tipo de profesionales

atendiendo de forma continua en los CRC, sin embargo, actualmente, los psiquiatras disponibles trabajan en los dispositivos de SENDA por jornadas parciales atendiendo a una proporción de la población que requiere de este tipo de atenciones. Los entrevistados declaran que existen dificultades para acceder a atención psiquiátrica ambulatoria en medio libre, por lo que la atención de este tipo recibida por los jóvenes es baja. Esto es especialmente preocupante para aquellos jóvenes que se encuentran bajo terapias farmacológicas, ya que estas tienen escaso seguimiento y supervisión.

4.2.2. Recursos Humanos en los CRC

En términos de recursos humanos, los entrevistados coinciden en que no existe un equipo que se denomine como “atención en materia de salud mental”, ya que para todos los casos en general es el mismo equipo de base el que opera, es decir, son los encargados de caso, los educadores de trato directo, los profesionales de intervención clínica y los profesionales de otros programas establecidos en el centro quienes desde sus conocimientos y capacidades técnicas trabajan, elaboran, contienen y realizan registros de todo tipo de instancia relativas a salud mental de la población de jóvenes infractores.

Esta ausencia de equipos cuyo rol sea la atención de los problemas de salud mental de los jóvenes implica que cualquier trabajo en la materia sea parcial, por lo cual esta respuesta no es continua o permanente. Por otra parte, los profesionales manifiestan no encontrarse capacitados para atender de forma adecuada la problemática o para enfrentar las contingencias en salud mental del día a día.

En términos generales no existe continuidad en el tratamiento sino que más bien se atienden las necesidades emergentes representadas en muchos casos por crisis que son solucionadas en el momento en que ocurren, sin que exista posibilidad de realizar un seguimiento en el tiempo de los avances o recaídas. Los tratamientos dependen de las capacidades que entregan algunos de los profesionales del Equipo Psicosocial de Encargados de Casos, y exclusivamente aquellos que son psicólogos. Pero el acercamiento es a partir de dicha disciplina, por lo cual, no se puede hacer un seguimiento a modo de tratamiento médico (psiquiátrico), ni medir los avances de los jóvenes en la solución de dichas patologías. Por consiguiente siempre se está trabajando la nivelación en situaciones de descompensación, es decir, la estabilización en casos de crisis^{xv}.

En consecuencia estamos en presencia de un equipo de base compuesto por profesionales de intervención clínica, encargados de caso y educadores de trato directo formados en ciencias sociales o psicología, pero que no están especializados en problemáticas de salud mental e intervención clínica. Estos equipos a partir del trabajo en conjunto, de las planificaciones y aportes que puedan entregar a partir de sus especialidades, conforman un equipo que trabaja la temática de salud mental mediante criterios que son definidos en el rigor de la práctica del

día a día, de la generación de estrategias particulares y del trabajo de contención en situaciones de crisis^{xvi}.

El principal responsable de la atención en salud mental desde SENAME en los centros es el profesional de intervención clínica. Los centros cuentan con interventores clínicos variando el número en cada uno de los centros. En el CRC de Graneros cuentan con 1 interventor clínico, en el CRC de Santiago cuenta con 2 interventores clínicos, el CRC San Bernardo con 10 interventores clínicos y Finalmente Limache cuenta con 8 profesionales realizando ésta función.

Según las orientaciones técnicas para internación en régimen cerrado con programa de reinserción social, los profesionales de intervención clínica tiene entre sus funciones “realizar contención e intervenciones ante situaciones críticas de distinta naturaleza y dar orientaciones específicas al equipo de casa para el manejo de estas situaciones” (SENAME, 2011).

Según lo relatan los actores, el interventor clínico, es el profesional encargado directamente de pesquisar los casos que presenten situaciones de patologías en materia de salud mental, sin embargo no se constatan procedimientos estandarizados, como por ejemplo, directrices en cuanto a qué instrumentos utilizar, test, generación de informes u otras áreas relacionadas. Asimismo, la labor de los interventores clínicos es monitorear el estado de los jóvenes y hacer sesiones psicológicas si lo requieren o solicitan, no obstante estas prestaciones están sujetas al número de casos por interventor clínico. Existen interventores que por número de pacientes pueden realizar terapias y sesiones individuales periódicas, pero esta cobertura profesional no es lo habitual, menos aun en centros con sobrepoblación de jóvenes y baja dotación de profesionales de intervención clínica.

Para explicar esta brecha de atención de la atención de los interventores clínicos, se plantea por una parte que la función del interventor clínico se ve sobrepasado por el número de casos asignados, pero que adicionalmente no es su función entregar terapia psicológica para problemas de salud mental, ya que su rol, más que de psicólogo clínico tienen un enfoque jurídico, orientado hacia la responsabilización del joven.^{xvii}

Por otra parte, estos profesionales de intervención clínica relatan esta sobrepasados por sus tareas y encontrarse a cargo de un número muy alto de jóvenes. Desde una mirada preventiva y del monitoreo del estado de salud mental de los jóvenes, los entrevistados identifican al número de población en los recintos como factor clave en obstaculización o facilitación de terapias y seguimientos de tratamientos y evolución de casos. En efecto, en el CRC de Santiago el bajo número de internas posibilita entrevistas periódicas con la interventora clínica y sesiones de estudio de casos (instancias idealmente con participación de distintos actores de trato directo) más reiterados para cada una de las internas a diferencia de otros CRC con

mayor población donde los interventores actúan desde la lógica de la atención a la urgencia o descompensación^{xviii}.

La función realizada por los encargados de casos es el otro aporte importante en esta materia. Si bien los encargados de caso no tienen una función específica en materia de salud mental, más allá de realizar intervenciones en crisis, son estos profesionales los que, según las orientaciones técnicas, quienes coordinan con el equipo de base y con la oferta pública las intervenciones a las que acceden los jóvenes (SENAME 2011). Por otra parte, son quienes mantienen mayor tiempo de contacto con los jóvenes después de los educadores de trato directo. La diferencia recae en las competencias técnicas que los encargados de caso tienen frente a los educadores. Si bien ambos profesionales cumplen un rol de contención en situaciones de crisis, la idoneidad de los encargados de casos se observa desde el momento en que son profesionales de las ciencias sociales, en su mayoría psicólogos, y por ende manejan conocimientos mínimos que les permitirían actuar de mejor manera en estas circunstancias.

En cualquier caso, en los centros los entrevistados declaran no contar con equipos profesionales suficientes y especializados para abordar patologías psiquiátricas, lo cual se plantea como una necesidad toda vez que se requiere diagnósticos especializados, la tención y monitoreo de tratamientos para un alto número de internos.

En materia de los recursos humanos destinados a atención en salud mental, las necesidades relatadas por los entrevistados se relacionan principalmente con la urgencia de contar con personal especializado, ya que en vista de su ausencia se cruzan las funciones de diversos actores como forma de paliar dicha deficiencia. Así, los encargados de casos y los interventores clínicos deben ejercer muchas veces el rol que debiese cumplir un psiquiatra o un psicólogo clínico, quienes tienen las competencias para el tratamiento de patologías mentales. En vista de eso, el recurso disponible se ve sobrecargado en sus funciones.

Por otra parte, existe un consenso entre los entrevistados respecto a la real carencia del recurso humano en ciertos profesionales claves, como lo son la enfermera y psiquiatra. En consecuencia, lo primero en demandarse es la existencia de una atención de psiquiatría, ya sea interna (perteneciente al staff del CRC) o garantizarla en el medio externo, es decir, en el sistema de salud público.

Asimismo, reconocen la urgencia de la instalación de unidades de corta estadía en los centros, lo que permitiría enfrentar las urgencias en salud mental de forma idónea^{xix}.

4.2.3. Capacitación

Respecto a la idoneidad del personal encargado de velar por la contención de aquellos jóvenes que presentan algún cuadro de patología relativo a salud mental, también se presentan ciertas críticas, en vista de que se requiere, de profesionales o técnicos que tengan las competencias necesarias para ejercer un verdadero rol de contención para aquellos jóvenes en situaciones

de crisis emocional (depresiones, angustias, vulnerabilidad frente a pares, etc.). Se recomienda capacitación en temas de patologías de salud mental, específicamente respecto al trabajo con jóvenes infractores de ley.^{xx}

En general los actores relevan la carencia de capacitación en materias de salud mental que sean transversales a todos los profesionales que toman contacto con los jóvenes, desde los educadores de trato directo, que deben contar con herramientas para enfrentar crisis de salud mental o identificar sintomatología de algunas patologías hasta los profesionales médicos que atienden a los jóvenes que deben estar especializados en adolescencia e infractores de ley.^{xxi}

Asimismo, se menciona la necesidad de contar con personal más especializado para ciertos casos de delitos que guardan algún tipo de relación con patologías de salud mental, como es el caso de delitos de violación u homicidio, por ejemplo. En ese sentido, el personal y sus características se hacen escasos y carecen de las competencias técnicas para hacerse cargo del completo espectro de patologías mentales, no sólo aquellas contenidas en el GES, sino que además otras concernientes a características psicopáticas. Contar con este profesional implicaría lograr un mejor conocimiento de ciertas patologías de manera que sean insumo para el trabajo de los educadores de trato directo y los encargados de caso. Además, permitiría reconocer aquellos casos que debiesen ser manejados con mejor criterio y precaución por parte del equipo psicosocial del CRC y, eventualmente, saber en qué casos derivar a los jóvenes para garantizar un mejor tratamiento de sus patologías a otras instancias, como por ejemplo al Hospital Horwitz cuando sean casos muy graves^{xxii}.

Sin embargo hay avances en términos de capacitación. Por una parte tanto SENDA como SENAME ha realizado sucesivas capacitaciones a los operadores del sistema, tanto de estas instituciones como de Gendarmería. Por otra parte, en los años de ejecución de la LRPA han ido aumentando los profesionales que se especializan en materia de adolescencia e infracción a la ley y han adquirido años de experiencia.

4.3. Intervenciones en los CRC

4.3.1. Identificación y pesquisa de casos

Uno de los factores de mayor relevancia en la atención de problemas de salud mental es el diagnóstico oportuno de casos a fin de entregar la atención requerida. Esta importancia es reconocida por actores a nivel central y ha sido incorporada en las orientaciones técnicas para los CRC del 2011. Este diagnóstico debe realizarse al inicio de la condena y a través de él se pesquisan principalmente aquellos casos que presentan consumo problemático de sustancias. Los entrevistados relatan, que aunque este diagnóstico es responsabilidad del interventor clínico son de gran importancia los insumos de los profesionales que toman contacto regularmente con los jóvenes^{xxiii}.

Los principales actores responsables de la intervención de los jóvenes el equipo de base. Si bien en la práctica estos últimos no son consignados como profesionales de la salud ni expertos en temáticas psicosociales, son quienes entregan información importante a la hora de generar los primeros diagnósticos respecto a la salud mental de los jóvenes del centro.

Respecto a los criterios técnicos en torno a los cuales se realizan los diagnósticos de problemas de salud mental, los entrevistados destacan que los criterios en uso son más bien la observación y experiencia de los profesionales del centro.

Así, se observa la carencia de procedimientos estandarizados que permitan dar cuenta de la salud mental de los jóvenes. Desde esa perspectiva, nos encontramos en presencia de diversas modalidades de diagnósticos en algunos casos, o simplemente la ausencia de tales, en otros. Esto puede ser explicado en gran parte producto de que el actor encargado de la ejecución para dichos diagnósticos, su sistematización y registro es una figura nueva que ha aparecido dentro de las orientaciones técnicas del SENAME. El profesional de intervención clínica es quien debe aplicar, conforme a sus criterios, los test e instrumentos necesarios para generar una primera aproximación a un perfil del joven infractor de ley, que sirva como base y orientación para el plan de intervención y la labor del equipo de Encargados de Caso y del resto del personal del CRC^{xxiv}.

En adición al diagnóstico inicial, los actores entrevistados reconocen que se requiere de pesquisas permanente de casos que pueden presentar problemas de salud mental producto de la prisionización. Esto hoy en día ocurre solo de modo informal, en la medida que los profesionales de SENAME identifican algún síntoma de problemas de salud mental y derivan al joven para mayor diagnóstico donde los interventores clínicos o al equipo del SENDA.

En materia de identificación y pesquisa aparece también como relevante en el discurso de algunos operadores el rol del psicopedagogo, el que realiza diagnósticos en torno a algunas materias como lo son trastornos de aprendizaje, déficit intelectual, entre otros mediante la

aplicación de tests y entrevistas con los jóvenes. El trabajo realizado por este profesional ha permitido contar con información de las principales situaciones de falencias intelectuales^{xxv}. Dado que el diagnóstico de prevalencia revela que un 69.9% de los jóvenes presenta un rendimiento en el test de Raven de evaluación del potencial intelectual inferior calificado como deficiente, el rol de psicopedagogo debiese fortalecerse, siendo de gran importancia en la pesquisa y tratamiento de esta problemática. Por otra parte el rol de este profesional podría ser importante en la pesquisa de trastornos disruptivos como déficit atencional, trastornos de conducta o trastorno oposicionista que pueden ser pesquisados por el psicopedagogo presentes en un 49.75% de los jóvenes entrevistados durante el último año.

Frente a las prevalencias referidas se observa como deficiente la oferta de psicopedagogos en los centros, donde el CRC Graneros no cuenta con este profesional, el CRC Limache cuenta sólo con un profesor de educación diferencial cumpliendo el rol de psicopedagogo y el CRC Santiago y el CRC San Bernardo cuentan con un psicopedagogo cada uno.

4.3.2. Atención Psicológica

Según el discurso de los entrevistados, hoy al interior de los CRC no se cuenta con servicios de salud mental más que un interventor clínico, imposibilitado de realizar intervención clínica o acompañamiento psicológicos por su sobrecarga de funciones. Por el contrario, en vez de recurrir a atenciones psicológicas continuas en el ámbito de salud mental se actuaría con lógica reactiva frente a urgencias de salud mental de diversa índole^{xxvi}.

Este déficit de atención es reconocido como fundamental por los operadores, ya que no sólo se realizan tan solo intervenciones de urgencia, sino que estas carecen del debido seguimiento y monitoreo por parte de profesionales del centro.

Por otra parte, está lógica reactiva carece de procedimientos o protocolos especializadas en materia de prestación de salud mental y no se rige necesariamente por criterios técnicos preestablecidos, sino que apunta a la contención como estrategia fundamental a la hora de tratar situaciones coyunturales relativas a la descompensación de la población de adolescentes y jóvenes del centro. Se definen estrategias que operan con el criterio del “hacer en la marcha”, generando estrategias sui generis, sin una estandarización adecuada de procedimientos^{xxvii}.

Pese a que se reconocen las debilidades de la metodología de intervención utilizada, se reconoce que dichas metodologías tienen un efecto positivo y que cumplen su función de control o contención de los jóvenes que están en situación de crisis, producto de diversas variables que generan trastornos relacionados con la privación de libertad. Es en lo concerniente al seguimiento y tratamiento durante un tiempo determinado en donde es imposible consignar un trabajo que cuente con las características mínimas de calidad requeridas^{xxviii}.

Cabe destacar, que algunos equipos realizan actividades de prevención, por ejemplo, en el caso del CRC Graneros, se realizan terapias grupales, talleres de danza, música, teatro. Dentro de estas terapias grupales sobresalen las actividades cuyos objetivos son apaciguar los ánimos durante fechas especialmente sensibles, extendiendo el periodo de contingencia desde comienzos de septiembre hasta año nuevo. En estas destacan actividades como juegos tradicionales y campeonatos de cueca realizados al interior del CRC y en donde participan de manera conjunta tanto los jóvenes como el personal del CRC y demás programas instalados en el Centro. Este tipo de estrategias pueden ser buenas iniciativas en la medida en que ocupan el tiempo libre de los jóvenes privados de libertad y fortalecen las relaciones interpersonales entre los jóvenes y el personal del CRC.

4.3.3. Farmacoterapia

Como ya se ha anticipado, la posibilidad de acceso a atención psiquiátrica al interior de los CRC es escasa, y limitada a los profesionales disponibles en los programas de tratamiento para consumo problemático de drogas.

La atención psiquiátrica es una necesidad urgente de los CRC ya sea para acompañar el diagnóstico de patologías de salud mental así como para administrar medicamentos a los jóvenes. Hoy en día la administración de medicamentos a los jóvenes carece de un proceso adecuado de administración y monitoreo de los fármacos entregados a cada joven. Como se profundizará en la caracterización de los servicios de atención públicos, muchas de las atenciones de emergencia en este sector toman como medida la medicación, sin embargo, esta receta queda sin una intervención complementaria y sin el adecuado monitoreo de la dosificación de los fármacos^{xxix}.

Es de carácter de urgente la instauración de protocolo para el manejo de fármacos al interior de los CRC. Este protocolo debe incluir procedimientos de administración de fármacos por parte de un especialista en salud mental y supervisión de la posología y seguimiento de los progresos del joven.

4.3.4. Atención para consumo problemático de sustancias

Todos los CRC cuentan con programas de rehabilitación para consumo problemático de sustancias de SENDA, los que son parte fundamental de la oferta en salud mental para los jóvenes cumpliendo condenas en medio cerrado. Estos programas, cuentan con equipos especializados en el tratamiento de consumo problemático de alcohol y drogas.

En general, aunque en cada CRC existe un dispositivo de SENDA, éstos abordan temas relacionados con el abuso y dependencia en drogas tanto en prestaciones terapéuticas como farmacológicas. Así se cubre sólo una mínima parte de la población del CRC ya que, dentro de los criterios de inclusión el ítem disciplina es un factor determinante en la aceptación del

programa criterio difícil de cumplir para el perfil de los usuarios de CRC^{xxx}. Este criterio de admisión puede complejizar el ingreso de un grupo importante de jóvenes, excluyendo especialmente a aquellos que trastornos disruptivos, lo que corresponden a una conceptualización acerca de los niños y jóvenes que "se portan mal" de manera constante. Este criterio de ingreso se torna más preocupante a la luz del diagnóstico de prevalencia, que indica que un 68.6% de los jóvenes que presentan trastornos por abuso de sustancia presentan también algún trastorno disruptivo.

Profesionales de SENDA plantean que el convenio SENDA-FONASA-SENAME- MINSAL para entregar "Programas de Tratamiento y Rehabilitación para Adolescentes con Infracción de Ley y Consumo Problemático de Alcohol Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental" consideró en sus inicios que estos programas al interior de los CRC absorbieran la demanda de atención en otras problemáticas de salud mental. Lo anterior se debía en parte a que en sus inicios los programas asumieron una demanda menor de atención en consumo problemático que contrasta con la mayor demanda actual. Por ello actualmente los cupos no son suficientes para atender adicionalmente a quienes padecen de otras patologías. Frente a la alta demanda los programas no se pueden expandir para atender la totalidad de la demanda por limitaciones de espacio en los CRC^{xxxi}.

La derivación de casos a programas de tratamiento es principalmente a través de las sanciones accesorias dictaminadas por el juez. En segundo lugar, el encargado de caso, ante una sospecha de consumo problemático de sustancia deriva al joven al programa de tratamiento para confirmación diagnóstica y atención. Finalmente, y en menor medida, se dan casos de demanda espontánea de tratamiento, los que se reciben a través del encargado de caso^{xxxii}. Estas vías de ingreso pueden dificultar el ingreso de casos idóneos al programa, dado que el volumen mayor de casos que participan en estos programas ha sido derivado por tribunales sin un diagnóstico especializado y confirmado, mientras que casos pesquisados y derivados por el CRC cuentan con una oferta menor de tratamiento, dado que los casos que son priorizados son aquellos con sanción accesoria.

Los dispositivos de SENDA tienen recursos humanos y físicos reducidos, lo que limita el número de cupos disponibles para atención, los que se priorizan para casos derivados de tribunales, luego aquellos con consumo problemático de sustancias y si en la medida de sus limitaciones lo que puedan apoyar a los profesionales de los CRC en atención de salud mental de casos específicos. Frente a todas estas necesidades de vacantes para atención se generan listas de espera en algunos programas^{xxxiii}.

4.4. Registro y sistematización de la información

Dentro de los CRC existen dos tipos de registro de información respecto a los jóvenes: la ficha del caso, que maneja el encargado de caso, y el cuaderno de casa, registro de información que cumple con el objetivo de mantener la cadena de información sobre contingencias.

La ficha de registro de cada caso es completada por el encargado de caso, quien no solo mantiene registro permanente de lo que sucede a un joven, sino que además debe informar a los distintos actores de trato directo del estado de salud mental del joven. Asimismo, la ficha de registro de todo lo que ocurre con los o las adolescentes debe ser enviada periódicamente a tribunales^{xxxiv}.

Hoy en día no existen registros estandarizados de información de los jóvenes. Las orientaciones técnicas para el trabajo de los CRC del 2011 definen la estandarización de estos registros, lo que permite contar con el material necesario que permita gestionar seguimientos en materia de salud mental de la población y así ejecutar planes de intervención que permitan también un trabajo en red con otros actores de la red de apoyo psicosocial. Así, la idea es poder estandarizar los procedimientos con el fin de generar un material que pueda ser ingresado a la red y ser compartido, permitiendo un seguimiento de cualquier patología del joven, tanto en el medio cerrado como abierto^{xxxv}.

Respecto a los registro de información en Limache se encuentra en implementación un nuevo modelo de gestión de salud mental el que contempla la estandarización de protocolos de registro. Actualmente no todos los procedimientos generales son estandarizados, sólo la entrevista inicial era un instrumento utilizado por todo el equipo, pero las otras metodologías para recabar información específica con el objetivo de distinguir el perfil del usuario y los lineamientos más efectivos para su tratamiento dependen de la experticia de la interventora con dicho instrumento. Pudiendo generar diversas modalidades de diagnósticos o diversidad de la información recabada sin poder delimitar qué tipo de registro es necesaria y cual es accesoria.

Con la implementación del protocolo, se adoptara una nueva estandarización de los procedimientos el cual consiste ante el ingreso la aplicación de un screening y en el caso de una alta puntuación en los indicadores, se realizaría una entrevista clínica en profundidad que duraría cuatro sesiones divididas en cuatro semanas, con el objetivo de realizar un diagnóstico en salud mental^{xxxvi}.

Respecto a la retroalimentación de información entre los diversos actores participantes en la atención de los jóvenes al interior de los CRC, se observan diversas dinámicas en los CRC en estudio.

En el caso del CRC Limache se observa que si bien, hay una bitácora en la cual los educadores registran las novedades en cuanto al estado anímico y conductual hacia el equipo de profesionales, existe una escasa retroalimentación de la información de parte del equipo de salud hacia los educadores, relacionado al diagnóstico y manejo de situación ante la ausencia del equipo de salud, lo que genera dificultades en las intervenciones^{xxxvii}.

Por su parte, en el CRC Graneros existe traspaso de información entre los profesionales del CRC y los programas establecidos dentro del Centro, específicamente Pukem. Esta colaboración se logra mediante reuniones periódicas con el equipo de encargados de caso y permite generar insumos para la cooperación en pos de la elaboración de registro para cada caso que es atendido en el CRC. Así es posible cruzar información relevante respecto a temas concernientes a consumo de drogas y alcohol los cuales puedan ser un aporte a la labor de todos los profesionales del CRC^{xxxviii}.

4.5. Condiciones físicas destinadas a la atención en salud mental

A lo largo de las observaciones realizadas en el CRC y las conversaciones sostenidas con el equipo de profesionales y funcionarios, es posible determinar que una de las principales falencias que existen en materia de atención de salud mental es la ausencia de espacios idóneos que garanticen la entrega de dicho servicio de manera óptima. En lo concerniente a la infraestructura para la atención de casos de patología de salud mental, no existen dependencias exclusivas para que éstas sean tratadas. Como solución se entrega una respuesta de tipo contingente y que tiende a la utilización máxima de los escasos recursos disponibles.

En la Región Metropolitana, los dos centros que forman parte de la muestra cuentan con espacios mínimos para la atención en salud mental, la que se desarrolla principalmente en las oficinas de los programas de tratamiento de drogas y en las enfermerías. Los espacios para la atención de crisis y hospitalizaciones al interior del centro son casi inexistentes.

En el caso de Graneros, dadas las continuas emergencias en materia de salud mental, se ha habilitado una casa especial en donde se trabajan todos los temas de contingencia, específicamente problemas de adaptabilidad, crisis producto de la privación de libertad (que derivan en síntomas de depresión, angustia, ausencia de sueño, cuadros de gastritis nerviosa.) de la población y que son tratados por medio de técnicas de contención^{xxxix}. Esta iniciativa podría destacarse y reproducirse en otros centros, ya que se podría focalizar los recursos especializados en aquella población que requiere atención en salud mental y condiciones especiales de supervisión.

Por otra parte, al igual que la situación de la mayor parte de los CRC el espacio destinado a intervención en salud mental es multiuso, sirviendo a múltiples actividades. Estas dependencias suelen ser de uso generalizado para la población y no de uso exclusivo, y en estos se realiza la mayoría de las entrevistas relacionadas con el seguimiento de casos, tanto de lo judicial como del apoyo psicosocial que se les otorga a los jóvenes. En consecuencia, se constata un sobreuso de dependencias para paliar la ausencia de espacios idóneos en donde realizar otro tipo de intervenciones, desde la contención misma hasta la simple conversación a través de la cual cualquier joven pueda exponer en privacidad algún tema particular que lo aqueje. Por ende, se hace urgente que se definan espacios para tales efectos y que garanticen

finalmente este tipo de atención de manera correcta, salvaguardando la reserva de los procesos, los cuales deben contar con características mínimas que entreguen garantías para la ejecución de la labor del equipo psicosocial. El caso más extremo frente a esta falencia de dependencias, en donde se pueda ejercer este trabajo, es el hecho de que en muchas ocasiones las intervenciones de los profesionales se realizan además en las mismas casas o habitaciones de los jóvenes, lo cual agrava aún más la ausencia de condiciones mínimas que se requiere para lograr una intervención y tratamiento de casos de manera óptima, producto de la ausencia de privacidad^{xi}.

4.6. Caracterización de la atención en salud mental en el sistema de salud pública

El sistema de salud pública es la otra instancia mediante la cual se entrega prestación de salud mental a los jóvenes cumpliendo condenas en medio cerrado. En rigor dicha atención debiese estar avalada por ley, sin embargo, producto de la escasez de recursos, ésta no se encuentra totalmente garantizada. A partir de las entrevistas realizadas en los CRC se pone en evidencia el déficit de atención en salud mental en el sistema público de salud. Así, los entrevistados plantean que ante la gran demanda de atención para problemas de salud mental, la oferta pública se ve sobrepasada, existiendo un déficit de cupos para esta población frente a la altísima demanda^{xli}.

Las principales limitantes del sistema de salud pública dicen relación con cobertura del sistema en sus distintos niveles. Esta escasez de cobertura genera falta de oferta para perfiles específicos, listas de espera para jóvenes, entre otros. A modo de ejemplo existen cortas estadías femeninas y masculinas, para menores y mayores de edad, para infractores u no infractores, por lo que los cupos para cada caso específico son escasos. A esto se le suma el criterio territorial, ya que muchas veces los jóvenes no cuentan con los servicios requeridos en su comuna debiendo movilizarse incluso de región para acceder a atenciones especializadas^{xlii}.

Adicionalmente, los relatos de algunos operadores dan cuenta de escasa voluntad de atención a esta población altamente compleja por parte de los distintos servicios que derivan a los jóvenes de un servicio a otro sin brindar la atención requerida.

Los entrevistados plantean que se han tomado medidas de diversa índole a fin de garantizar el derecho a salud, desde intentos de coordinación de derivaciones, contratación de servicios privados hasta envío de oficios a autoridades regionales de Justicia y a la solicitud de atención en instancias de la salud privada. En algunos casos la falta de respuesta por parte del sistema público de salud genera conflictos que rompen la comunicación entre las partes involucradas, llegando en algunos casos a requerir la intervención judicial con el objeto de que los jóvenes sean recibidos en los servicios de salud pública^{xliii}.

Frente a este déficit, es de especial preocupación la dependencia de los CRC de las prestaciones del sistema de salud pública, en cuanto los centros dependen del éste para la obtención de servicios de diagnóstico, tratamiento ambulatorio y hospitalización. Sin embargo, el sistema se ve ampliamente sobrepasado por estos requerimientos, entregando principalmente atención de urgencia a través de unidades de corta estadía.

Una de las dificultades para la derivación de casos al sistema de salud público se genera en los tiempos de espera y en la priorización de perfiles de ingresos para los recintos de estadía. El ingreso de los casos debe realizarse por un consultorio que derive a hospitales tanto para tratamiento ambulatorio como también para hospitalizaciones. Si bien los jóvenes llegan con diagnóstico, los centros de salud realizan nuevas evaluaciones en lo que se complementa la información.

Adicionalmente, el procedimiento de derivación se ve entorpecido ante la carencia de protocolos. Por ejemplo, en el caso de los centros de la Región Metropolitana, las derivaciones se dan con mayor o menor rapidez dependiendo de elementos contextuales contingentes. En efecto, a excepción de situaciones de emergencias, los tiempos de espera serán relativos y la periodicidad de las sesiones cumplirá parcial o totalmente con las necesidades de las y los jóvenes. Si bien se señala la existencia de constantes intentos de coordinaciones, los operadores de los centros declaran desconocer protocolos que faciliten las derivaciones con centros de salud primarios y secundarios, indicando que en variadas oportunidades se han generado acuerdos que no han perdurado en el tiempo. A modo de ejemplo, se cita el caso de las derivaciones desde el CRC San Bernardo al hospital El Pino, en donde durante un periodo de tiempo se realizó una gestión exitosa con un CRC, sin embargo, debido a cambios estructurales del Hospital, la población referida hacía dicho establecimiento no es recibida hasta el día de hoy.

Para los casos en que se requiere tratamiento psiquiátrico para diagnósticos especializados y tratamientos ambulatorios los tiempos de espera y la concreción de la derivación se presentan como obstaculizadores para el acceso de los jóvenes a este tipo de servicios de salud mental. Frente a estas dificultades, el sistema de salud pública se utiliza principalmente frente a crisis psiquiátricas, derivando a las unidades más cercanas para compensación. Sin embargo, los operadores identifican en esta respuesta una falencia, dado que la atención de urgencia, de carácter reactivo no implementa medidas o atenciones de mediano o largo plazo para resolver el problema de salud mental del joven que dio lugar a la urgencia. El sistema de salud pública suele tomar como medida de atención de urgencia la medicación del joven, lo que puede presentar dificultades en el largo plazo debido a la falta de supervisión con la que cuenta la farmacoterapia en los CRC^{xliv}. Existe preocupación entre los operadores frente al énfasis en la atención de urgencia y la administración de fármacos para enfrentar las crisis de salud mental, sin esto estar vinculada a un tratamiento de largo plazo de la patología o un seguimiento de la farmacoterapia^{xlv}.

La situación en Graneros y en Limache es aun más precaria, dependiendo fuertemente de las derivaciones que se realizan hacia el Instituto Psiquiátrico “Doctor José Horwitz Barak” en Santiago. Estas son realizadas en situaciones donde se requiere de una internación de mayor estadía, cuando frente a las eventualidades de un estado de crisis los recursos del CRC se tornan insuficientes. En el caso de Graneros no existe atención de salud mental pública como tal, sino que en general son consignadas como atenciones en materia de salud general. Junto a esto, existe dificultades asociadas a la carencia de infraestructura (espacios destinados a atención psiquiátrica) y de personal (ausencia de psiquiatra) para ser derivados al Hospital de Graneros. Sin embargo en situaciones puntuales son atendidos en este Hospital, exclusivamente cuando por efectos de alguna descompensación (crisis de angustia, depresión, etc.) se requiere de una atención para la contención del joven. De este modo, frente a la falta de tipo de atención especializada en salud mental, se realizan las derivaciones al Hospital Horwitz de Santiago, cuando el Hospital de Graneros no es capaz de entregar solución a situaciones de crisis mayor, que requieren de una internación en una cama de corta estadía^{xlvi}. Este déficit supone una fuerte carencia a nivel de las regiones, dado que al único servicio de salud pública al que tienen acceso los jóvenes, según lo relatado por los entrevistados, son las unidades de corta estadía. La falta de estos servicios en cada región y la derivación a Santiago en casos de mayor complejidad conlleva el aislamiento de los CRC regionales de la atención de los servicios de salud pública.

Algunos actores identifican como la principal dificultad respecto a las derivaciones al sistema público la falta de información respecto a la red, así como la falta de protocolos de derivación frente a las diversas necesidades de los jóvenes. Como sistema, cada actor adopta medidas espontaneas y de acuerdo a la contingencia, lo que implica derivaciones erróneas y el tránsito de los jóvenes de un recinto hospitalario a otro en busca de la atención adecuada. Por ejemplo, las unidades de corta estadía son identificadas por los operadores como una de las principales respuestas del sistema de salud público frente a problemáticas de salud mental, por lo tanto derivan a muchos casos a estas unidades, aunque la problemática que les afecta puede requerir de otra respuesta^{xlvi}.

Sin embargo, aunque las derivaciones desde el CRC pueden no ser idóneas, las respuestas en muchos casos pueden dar cuenta de falta de voluntad de los profesionales para atender a una población de alta complejidad. A modo de ejemplo, algunos entrevistados relatan que ante una urgencia en el hospital no hospitalizan a los jóvenes “porque estos chiquillos hacen daño al hospital”, “no vamos a gastar nuestros recursos en esto” por lo que les dan medicamentos y los suelen enviar de vuelta al CRC^{xlvi}.

Frente a estas actitudes algunos profesionales de los CRC desconfían de la atención entregada en el sistema de salud pública^{xlvi}. Por otra parte, los actores manifiestan su preocupación respecto a la especialización de los recursos del sistema público de atención. La atención de jóvenes infractores requiere de una especialización en estas materias, la que escasamente se encontraría disponible. A su vez, los propios profesionales del sistema público asumen no

tener las competencias necesarias para atender o contener a la población del CRC, especialmente en regiones.

Las constantes tensiones entre ambos actores, CRC y servicios de salud pública a cortado en gran medida las relaciones entre ambos, disminuyendo las derivaciones a casos de urgencia e invisibilizando de forma casi completa los sistemas primario y secundario de salud, los que debiesen atender las necesidades ambulatorias no sólo de salud mental, sino que de salud física.

4.7. Procesos judiciales asociados a la atención en salud mental de los adolescentes infractores de ley que cumplen penas privativas de libertad

Los actores del sistema de justicia consideran en sus decisiones y procesos las problemáticas severas de salud mental en cuanto sugieren la inimputabilidad de un sujeto o bien, respecto al consumo problemático de sustancias. Sin embargo, hay otras patologías que pueden requerir de la reacción del sistema de justicia administrando las condenas de acuerdo a las necesidades de salud mental del joven.

Respecto del rol de tribunales frente a los problemas de salud mental de los jóvenes que enfrentan procesos penales, la opinión de los diferentes actores es que no existe un criterio de diferenciación respecto a si el imputado es menor de edad o adulto. En ambos casos, si existe algún antecedente en la materia que deba ser consignado, éste es analizado de manera igualitaria, sin existir diferencias entre adultos y jóvenes infractores. Los procedimientos a seguir son los mismos, y apuntan específicamente a dos cosas: primero a recabar datos que aporten información relevante al proceso en las primeras etapas, antes del veredicto de sentencia; junto la autorización de las derivaciones al sistema de salud pública cuando las circunstancias lo ameriten (hospitalizaciones por crisis que no puedan ser contenidas en las dependencias del CRC).

En ambos casos el rol del juez es fundamental, ya que éste es quien finalmente determina la autorización para que el joven pueda ser derivado a sistema público, junto con definir qué información relativa a la salud mental de los jóvenes es relevante para los procesos.

La participación de los actores judiciales toma lugar al momento inicial del proceso, pesquizando casos con problemas de salud mental graves, susceptibles a ser declarados inimputables y casos con consumo problemático de sustancias, a los cuales se les puede dictar una sanción accesoria.

Al respecto, una de las principales inquietudes de los actores, alude a la información a partir de la cual se realizan las pesquisas y diagnósticos de la salud mental de los adolescentes que enfrentan procesos judiciales. Las fuentes primarias de información para un juez en temas de salud mental corresponden en primer lugar a la defensoría, quienes tienen mayor tiempo de

trabajo directo con jóvenes. Mediante las constantes visitas que realizan a los CRC y el contacto con los Encargados de Casos, los defensores y trabajadores sociales de la Defensoría van recabando información que puede ser utilizada en las etapas iniciales del proceso. Esta información es relevante al considerar la inimputabilidad de un joven y debiera ser validada por el diagnóstico el Servicio Médico Legal^l.

Los actores plantean que no existe un procedimiento estandarizado en materia de pesquisa de problemáticas de salud mental ni de respuestas del sistema judicial frente a estas problemáticas. Para la mayor parte de los jóvenes la pesquisa de casos depende en gran medida de actores que en el contacto directo con el joven detectan una situación de consumo problemático de sustancias o de sintomatología de problemas de salud mental^{li}.

En el caso de la pesquisa de consumo problemático de sustancias para dictar sanción accesoria de tratamiento de rehabilitación de consumo, la ley establece la existencia de dispositivos de pesquisas de casos en tribunales, lo que a la fecha no existe, por lo que dictan las sanciones a partir de la sospecha de los actores que toman contacto con el joven y el criterio jurídico del juez^{lii}.

Como se ha anticipado en el texto este diagnóstico informal que deriva en entrega de sanción accesoria de consumo de sustancias puede congestionar la escasa oferta de programa de tratamientos al interior de los CRC con casos que no han sido diagnosticados adecuadamente.

Los actores plantean que ante la falta de equipos especializados se requiere de profesionales del sistema judicial que puedan detectar estas situaciones, pero también capacitados para esta población específica. Esta capacitación debe ser transversal para fiscales, jueces y defensores, integrando aspectos relativos a juventud e infancia, población infractora, consumo problemático de drogas, entre otros^{liii}.

Por su parte, varios actores indican la necesidad de pericias especializadas y validadas a nivel técnico en esta materia, considerando que las pericias realizadas por el Servicio Médico Legal (SML) son cuestionables, dado que los profesionales de esta institución no cuentan con la especialización necesaria en materia infanto-juvenil y forense.

Algunos actores identifican los tiempos de espera como una debilidad adicional del Servicio Médico Legal. Esta institución tiene tiempos de espera de varios meses para una pesquisa, lo que supone una dificultad importante dado que la única instancia que puede determinar esta inimputabilidad es dicha institución y mientras no se emita el informe correspondiente (peritaje psiquiátrico) toda acción referente al juicio queda suspendida^{liv}.

El problema que surge en estos casos es que mientras se está a la espera del informe del SML, y teniendo en cuenta que queda suspendido cualquier avance en el proceso, aquellos jóvenes que están imputados no se les pueden aplicar medidas cautelares, es decir, no pueden entrar a

un régimen de reclusión preventiva. Esta situación reviste cierta gravedad, en vista de que se trata de personas que presentan algún grado de patología mental. Si bien en la mayoría de los casos que se ha decretado la inimputabilidad ocurre en situaciones que tiene relación con la incapacidad de discernimiento, existe la posibilidad de que el sujeto tenga alguna psicopatía importante, lo cual implica un riesgo en cuanto a que potencialmente está en condiciones de seguir delinquir o simplemente en posición de dañar a terceros. Además siempre existe la posibilidad de que exista auto agresión, según la naturaleza de la patología. En consecuencia, frente a este vacío importante, algunos jueces han tomado conciencia y en un afán de evitar situaciones que impliquen un daño a terceros a o los mismos imputados, decretan la internación del joven en el Instituto de Psiquiátrico, Dr. José Horwitz Barak, en Santiago, a la espera del envío del informe por parte del SML.

Sin embargo en la mayoría de los casos no se decreta inimputabilidad, siendo esta una situación de escasa ocurrencia. Además, frente a las demoras en la entrega de los resultados de los peritajes psiquiátricos por parte del SML, por lo general los magistrados no acogen la solicitud de suspensión del juicio bajo estos criterios. Como se señalaba, es la Defensoría quien solicita generalmente la revisión de estos accedentes que aportan a la causa información relevante, que apunta hacia la inimputabilidad por situaciones de patología mental. Sin embargo, en la práctica esto se convierte en un trámite infructífero, que dilata los procesos y que no termina siendo un aporte sustancial a la causa, ya que los resultados por lo general son negativos, culminando con el sujeto siendo procesado finalmente^{lv}.

Durante la ejecución de la condena son escasas las medidas que se toman en torno a la gestión de la condena en virtud de la salud mental del joven. Como se ha señalado anteriormente, existen patologías de salud mental que se pueden desarrollar como efecto de la prisionización y que pueden requerir de la modificación de una condena a los requerimientos específicos de la patología del joven. En caso de detectarse ciertas patologías, los profesionales del CRC pueden informar al Ministerio Público, el que informa posteriormente al Magistrado correspondiente. En dichas instancias ya no se aplica el criterio de inimputabilidad, ya que se entiende que las patologías surgen producto de la prisionización de los jóvenes, ya sea por efectos del encierro o por la privación de consumo de drogas y alcohol. Esto no guardaría relación directa con el proceso judicial en sí, ni con las causas por las cuales el joven fue condenado, y por consiguiente son declaradas inadmisibles.

Sólo se podría revertir la situación conforme que una vez cumplida la mitad de su condena, y según los antecedentes que entreguen mediante sus informes los Encargados de Caso, se solicite la conmutación de la pena producto del tiempo cumplido (mitad de la condena) y la buena conducta del joven durante el tiempo de permanencia en el CRC^{lvi}.

En casos que se requiera atención de urgencia, como producto de una situación de crisis asociada a los efectos de privación de libertad (crisis de angustia, depresiones, autoagresiones, etc.), existe la posibilidad de que el joven sea internado por un periodo de

corta duración cuyo objetivo primordial es su estabilización emocional. Para tal efecto es el magistrado quien otorga la autorización para su transporte y estadía en algún establecimiento de salud pública, en este caso en el hospital de graneros (cuando se trata de contención por situaciones de stress) o a la red de Salud Pública especializada en asistencia de patologías mentales, cuando se trata de crisis mayores.

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LEY

5.

1. REFERENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN

Modelos internacionales de diagnóstico y tratamiento en salud mental para adolescentes infractores de ley privados de libertad.

Diversas investigaciones a nivel internacional (Teplin et al, 2002. Chitsabesan et al., 2006) plantean la alta prevalencia de problemas de salud mental en población adolescente infractora de ley. Sin embargo, a pesar de la investigación realizada sobre el tema, son escasos los estudios que se enfocan en las respuestas de atención frente a estas altas necesidades.

Un estudio desarrollado el año 2002 en Inglaterra (Harrington, 2002) en adolescentes infractores de ley privados de libertad, indica que un alto porcentaje de esos jóvenes presenta necesidades de atención psiquiátrica, especialmente respecto de trastornos de depresión, ansiedad, abuso de sustancias, agresión, y auto agresión, entre otros. Este estudio, en un seguimiento realizado a la muestra tras 3 meses de reclusión, se observa que los síntomas persisten, presentando además síntomas de estrés post traumático. El estudio devela que frente a este cúmulo de necesidades de atención en salud mental, la respuesta suele ser la evaluación psicológica y el trabajo cognitivo-conductual.

En estudios posteriores respecto a la salud mental de adolescentes infractores de ley cumpliendo condenas en medio libre y privados de libertad, se observa que un 31% de los jóvenes encuestados presentan problemas de salud mental, frente a los cuales sólo pocos casos tienen las respuestas de atención requeridas (Chitsabesan et al., 2006). Esto pese a los esfuerzos del gobierno británico por dar respuesta a las demandas de los jóvenes en materia de salud mental, los que no han logrado afrontar estas necesidades de forma eficaz y eficiente (Chitsabesan et al., 2006).

Por su parte, Skowrya y Coccozza (2001), en un estudio realizado en Estados Unidos a partir del levantamiento de un diagnóstico de salud mental realizado sobre una muestra de 1437 jóvenes en contacto con el sistema de justicia, y cumpliendo distintos tipos de condenas, plantea que un 70,1% de los casos presentan al menos un problema de salud mental. El estudio muestra además que, el 60% de los casos que presenta algún problema de salud mental, adicionalmente manifiesta consumo problemático de sustancias (Skowrya, Coccozza, 2001).

La alta prevalencia de problemas de salud mental en población adolescente infractora, han llevado en algunos países, como en el caso de Inglaterra, a reforzar las políticas relativas a la rehabilitación y el tratamiento de infractores con problemas de salud mental por sobre el simple castigo, bajo el supuesto de una relación entre la conducta delictual y los problemas de salud mental (Evans et al, 2006).

Respecto al tipo de intervenciones requeridas, la evidencia y estudios internacionales destacan la importancia de la identificación oportuna de jóvenes con problemas de salud mental, especialmente durante el proceso judicial, permitiendo administrar la condena en torno al tratamiento del joven. El diagnóstico temprano puede dar lugar a uno de los mecanismos que surge en las últimas dos décadas para enfrentar el problema de los trastornos mentales severos en población infractora, la justicia terapéutica.

Gagnon y Barber (2010) plantean que las múltiples necesidades en materia de salud mental en adolescentes infractores de ley privados de libertad, toman un cariz diferente por esta condición. Así, las respuestas en atención en salud mental deben adecuarse a estos requerimientos. La investigación llevada a cabo por estos autores propone que un sistema orientado a resolver las demandas de salud mental de adolescentes que cumplen tanto penas privativas de libertad, como aquellas en la comunidad (o medio libre), debe apuntar a la continuidad de la atención en esta materia (Chitsabesan et al., 2006). Esto implicaría un modelo de atención que permita la mantención del tratamiento cuando los jóvenes obtienen su libertad, o bien, cuando es modificada su situación de cumplimiento. Así también lo reconoce Young (2009), planteando que las necesidades de tratamiento de salud mental de carácter intensivo no sólo se encuentra en jóvenes que cumplen condenas en medio cerrado, sino también en aquellos que cumplen condenas en medio libre.

En general este es un tema de difícil respuesta, por ejemplo el modelo de asistencia en salud mental canadiense, tal como lo señala Leschied (2011), posee una serie de deficiencias, en especial para el tratamiento de jóvenes que se encuentran cumpliendo penas en comunidad. Esto se explicaría porque los servicios públicos de atención en salud mental, suponen que un joven que es atendido por el sistema de justicia ya es atendido en todas las áreas. Entonces, los distintos actores del sistema no se encuentran informados respecto a las responsabilidades de unos o de otros, ni se encuentran coordinados adecuadamente para entregar la atención integral que esta población requiere (Leschied, 2011)

Skowyra, Coccozza (2001) reconocen puntos críticos de intervención del sistema de justicia juvenil que ofrecen oportunidades para entregar atención en salud mental, por ejemplo; los autores señalan que cualquier atención en salud mental debe considerar seguir ciertas recomendaciones básicas, entre ellas destacan que en la medida de lo posible, los jóvenes con problemas de salud mental deberían acceder a condenas en medio libre, o en su defecto en un ambiente lo menos restrictivo posible.

Por otra parte, Barret et al (2006) plantean que el tratamiento para población en medio cerrado y medio libre debe encontrarse garantizado. Los autores, a partir de un estudio en jóvenes infractores en Inglaterra, muestran que sólo un 20% de los jóvenes que cumplen condenas en medio libre acceden a atención en salud mental, mientras que un 60% de quienes cumplen condenas en medio cerrado acceden a este tipo de atención. El estudio asimismo indica prevalencias de salud mental similares para ambas poblaciones, lo que debiese implicar

accesos a atención similares acorde a sus necesidades. Los autores suponen que la diferencia entre quienes cumplen condenas en medio libre y en medio cerrado es que aquellos jóvenes que cumplen condenas en éste último, son sujetos a una supervisión más directa por parte de los profesionales, lo que permite identificar con mayor facilidad los síntomas de algún problema de salud mental. Esto queda en evidencia en las orientaciones para el trabajo con niños y adolescentes realizadas por *The National Service Framework for children and young people*, el que se aboca principalmente en la necesidad de entregar atención en salud mental a jóvenes que se encuentran cumpliendo condenas en medio cerrado, obviando el rol de los servicios en la comunidad, a quienes tan sólo recomienda incorporar un profesional de la salud en sus equipos (Department of Health, 2004. Citado por Barret et al, 2006).

Algunas alternativas de respuesta ante las dificultades mencionadas surgen de investigaciones como la de Skowyra y Coccozza (2001), quienes proponen un modelo de atención en salud mental a partir de un levantamiento diagnóstico realizado sobre una muestra de 1437 jóvenes, el cual define los siguientes fundamentos que deben ser parte de un sistema de asistencia de salud mental de jóvenes cumpliendo condenas en medios privativos de libertad:

- Coordinación y colaboración entre el sistema de justicia juvenil y los servicios públicos de salud.
- Estrategias de identificación de problemas de salud mental.
- El sistema de justicia juvenil debe ser capaz de entregar atención en salud mental de diversa índole a quienes cumplen condenas.
- Trabajo en red, con el objeto de derivar a los jóvenes que garanticen la continuidad de los tratamientos.

Por otra parte, países como Inglaterra ha generado estándares nacionales para la atención en salud mental, para el Sistema de Justicia Juvenil (National Standards for Youth Justice Service). Para ello el Youth Justice Board (YJB), institución a cargo de la administración del sistema de justicia juvenil en Inglaterra, plantea que aquellos jóvenes que toman contacto con el sistema de justicia juvenil presentan una serie de problemáticas que abarcan desde necesidades socioeducativas, afectivas, entre otras, y en donde la atención en salud mental se perfila entre los de mayor urgencia. Este diverso cúmulo de necesidades supone que las respuestas deben provenir de las diversas instituciones especializadas en su atención, derivando a cada una de ellas según los requerimientos de los jóvenes, y que en el caso de los problemas de salud mental, implica su derivación a programas de rehabilitación para el abuso de sustancias o al sistema público de salud.

La YJB plantea una serie de estándares respecto a la atención que brindan los equipos de intervención de adolescentes (YOTs – Youth offending teams) administrados por el sistema de justicia juvenil, reseñados en lo que sigue (Ministry of Justice, 2010):

- Cada joven debe ser evaluado con el instrumento de evaluación ASSET e instrumentos de screening diagnóstico
- Los jóvenes que cumplen medidas en medio cerrado deben ser evaluados médicamente al iniciarse su condena. Esta evaluación, realizada por un médico o una enfermera incluye una evaluación de la salud mental del joven y del consumo problemático de sustancias
- En caso de identificarse síndrome de abstinencia, el joven debe ser derivado a un profesional especializado
- En caso de ser necesario tratamiento se debe vincular al joven con el servicio de salud local
- El profesional a cargo del joven debe mantenerse vinculado con el servicio de salud, institución o programa donde el joven realiza cualquier tratamiento
- Para entregar tratamiento en salud mental, los profesionales deben informar al joven del tratamiento y asegurarse de la voluntariedad de su participación en él.

Por último cabe señalar que si bien el sistema federal de Estados Unidos implica que cada Estado adopta diferentes estrategias para enfrentar los problemas de salud mental, a rasgos generales se observan tres estilos de administración de los servicios de salud mental para adolescentes infractores. En primer lugar, en algunos casos se adopta una estrategia de trabajo en red, en la cual el sistema de justicia juvenil se asocia con servicios de salud para entregar la asistencia en salud mental que sus usuarios requieren. En segundo lugar, los mismos sistemas de justicia juvenil diversifican su trabajo entregando ellos mismos los servicios requeridos por los jóvenes en materia de salud mental. Finalmente, hay Estados que implementan un sistema mixto, donde hay servicios que entrega el propio sistema de justicia juvenil, y otros servicios para los cuales el sistema deriva a los jóvenes en busca de atención complementaria (Skowyra y Coccozza, 2001).

A partir de las recomendaciones internacionales se releva la necesidad de entregar atención en materia de salud mental a un alto número de jóvenes que cumplen medidas en centros cerrados. Sin embargo, esto no supone tan sólo entregar la atención requerida durante el cumplimiento de condena en medio privativo de libertad, sino que fortalecer, junto con el sistema de atención disponible en centros de reclusión cerrados, aquellos servicios presentes en la comunidad, garantizando la continuidad de los tratamientos, tras su condena y entre una condena y otra.

Asimismo, a partir de esta revisión se concluye que la atención entregada en materia de salud mental debe ampliar su trabajo, abordando temáticas más allá del consumo problemático de sustancias, como lo son las patologías de salud mental y las patologías duales. Esta diversificación de las respuestas frente a las diversas demandas de la población privada de libertad debe considerar los efectos de la prisionización en la salud mental de los adolescentes, que es un estresor importante que puede dar lugar a síntomas de diversa índole.

2. Exploración de niveles de complejidad de la población diagnosticada

Ya se ha relatado en extensión la alta prevalencia de diversas problemáticas de salud mental que evidencian estudios a nivel internacional en población joven infractora tanto en medio libre como en medio cerrado. Así por ejemplo, el estudio de Teplin desarrollado en Estados Unidos da cuenta de una prevalencia de trastornos psiquiátricos de 60% en los hombres y 70 % en las mujeres en una muestra de jóvenes encarcelados de 10 a 18 años.

En Chile, a partir del diagnóstico de trastornos en salud mental realizado, la población muestra niveles de complejidad similares a los mostrados por la evidencia internacional. A través del diagnóstico desarrollado se evidencia que la población sancionada en régimen privativo de libertad en estudio, presenta una prevalencia de 74.9% de cualquier tipo de trastorno en salud mental. Esto implica que 137 jóvenes de la muestra presentan uno o más desordenes de salud mental, entre los cuales se encuentran trastornos ansiosos, trastornos afectivos, trastornos disruptivos, trastornos misceláneos y trastornos de sustancias.

Es importante destacar que el Centro de internación en régimen cerrado de San Bernardo, presenta los más altos niveles de prevalencia de la muestra, donde un 81.6% de los jóvenes presenta al menos un desorden de salud mental. Podemos hipotetizar que algunas variables de contexto podrían influir en la expresión de psicopatología, son así la habitabilidad bastante precaria de este Centro, y estilos relacionales muy similares a cárceles de adultos, en las que priman relaciones jerárquicas bastante violentas que requieren de estrategias de sobrevivencia complejas, que aumentan las condiciones de estrés y ansiedad.

De éstos, los principales corresponden a trastornos disruptivos, los que en general refieren a aquellas patologías relacionadas conductas impulsivas, agresivas, hiperactivas, desatentas y desafiantes. Corresponden a una conceptualización acerca de los niños y jóvenes que incumplen normas de manera constante. En la población en estudio este tipo de trastornos tiene una prevalencia de 49.7% de los jóvenes, en los que predomina el trastorno de conducta (40.2%), alteración que se encuentra fuertemente asociado a comportamientos ilícitos.

En segundo lugar, se presenta una alta prevalencia de Trastornos de Sustancia (47%), en torno a los cuales se orienta gran parte de la oferta de atención para problemas de salud mental. Se evidencian como los más importantes la dependencia de nicotina (37.5%), y el abuso de marihuana (22.9%), ambas drogas extremadamente perjudiciales para la salud, sobre todo de personas en desarrollo.

Por su parte, los trastornos ansiosos, corresponden a las patologías más frecuentes de la infancia y de la adolescencia, presentando tasas de prevalencia de entre el 10-20% de la población general (Costello et al. 2004). Asimismo, a partir de la revisión teórica este sería uno de los principales trastornos derivados de la privación de libertad, encontrándose en ésta población toda la sintomatología asociada a trastornos ansiosos producto de la adaptación al

contexto de privación de libertad, los roces propios de la convivencia con otros sujetos y un ambiente caracterizado por episodios violentos y riesgoso. Sin embargo, en la población en estudio la prevalencia de trastornos ansiosos ocupa el tercer lugar entre las problemáticas de salud mental, con una prevalencia de un 39.9%, correspondientes principalmente el trastorno por separación (15.6%), el trastorno obsesivo compulsivo (12.8%), y la Fobia específica (12.2%), todos trastornos fuertemente asociados a la condición de encierro en la que se encuentran. Este dato es especialmente relevante al observar que en centro San Bernardo reúne el mayor porcentaje de casos que han calificado dentro de algún trastorno ansioso que alcanza al 48,2% (55 adolescentes).

En cuarto lugar se encuentran los trastornos afectivos, Trastorno Depresivo Mayor, Distimia y Manía o hipomanía, que presentan una prevalencia de 17.5%, la que puede percibirse como baja, sin embargo, pese a que los síntomas no alcancen a configurar en trastornos, en contextos de privación suele presentarse importantes índices de sintomatología depresiva, los que deben ser pesquisados e intervenidos a tiempo, para que no se consoliden en un trastorno con los consecuentes riesgos por autolesiones.

Respecto de la comorbilidad, es decir, la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (OMS, 1995), el trastorno por sustancia se encuentra con algún trastorno disruptivo en un 68.6%, con trastorno ansioso en un 46.5%, y con un trastorno afectivo en un 26.7%.

Con la síntesis de antecedentes presentados respecto de las psicopatologías que presenta la población estudiada, es posible evidenciar que la dimensión en salud mental es muy relevante en el trabajo con los jóvenes privados de libertad, siendo necesario intervenir de manera adecuada, contando con los dispositivos y coordinaciones requeridas para ofertar el mejor tratamiento. De esta manera, no basta con los dispositivos de tratamiento de consumo de drogas, sino que resulta necesario complementarlos con otras atenciones especializadas en salud mental, ya que se identifica que el trastorno por sustancia no es la única ni más importante patología que presentan, sino que aparece una serie de trastornos y alteraciones interrelacionadas que es necesario intervenir de manera especializada.

3. Diagnóstico redes

A través del diagnóstico de redes desarrollado a partir de entrevistas con actores claves del sistema de salud mental, se identifican una serie de puntos críticos de la atención entregada a adolescentes infractores de ley privados de libertad.

En primer lugar, al interior de los Centros de Régimen Cerrado (CRC) la oferta de atención en salud mental es entregada por equipos de SENAME y programas de rehabilitación para consumo problemático de sustancias de SENDA. Ambos equipos cuentan con recursos

humanos limitados para enfrentar las múltiples necesidades en materia de salud mental de los jóvenes privados de libertad.

Los entrevistados plantean que los centros no cuentan ni con infraestructura ni con recursos humanos requeridos para abordar patologías psiquiátricas en su interior, la demanda de salud mental es parcialmente cubierta por los programas de tratamiento y es habitual la necesidad de derivación de casos al sistema de salud público, tanto para diagnósticos especializados, como para tratamientos ambulatorios y hospitalizaciones.

El principal prestador de servicios de atención en salud mental al interior de los CRC son los programas de tratamiento de rehabilitación para consumo problemático de sustancias, el que absorbe en la medida de lo posible las demandas en temáticas de salud mental. Sin embargo, los programas de SENDA no cuentan con plazas suficientes para atender la demanda de atención de los jóvenes, y atienden, dentro de sus capacidades, a algunos casos específicos con estas problemáticas.

Esta ausencia de equipos cuyo rol sea la atención de los problemas de salud mental de los jóvenes, implica que cualquier trabajo en la materia sea parcial, por lo cual esta respuesta no es continua ni permanente. La ausencia de un tratamiento estructurado en el tiempo, se traduce en que simplemente se atiende la coyuntura a través de intervención en crisis y derivación en casos de urgencia.

Para evitar esta lógica reactiva, los operadores reconocen que no sólo se requiere de mayor capacidad de atención de casos con problemas de salud mental, sino de la identificación oportuna y de pesquisa permanente de jóvenes que se sospeche puedan presentar problemas de salud mental asociados o agudizados por la prisionización. Esto, hoy en día ocurre sólo de modo informal, en la medida que los profesionales de SENAME identifiquen algún síntoma de problemas de salud mental y deriven al joven para mayor diagnóstico a los interventores clínicos o al equipo del SENDA.

Por otra parte, una de las necesidades de mayor urgencia, identificada por los diversos operadores, es la atención psiquiátrica al interior de los CRC, ya sea para acompañar el diagnóstico de patologías de salud mental, como para administrar medicamentos a los jóvenes y monitorear su funcionamiento.

En general, los actores relevan la carencia de capacitación en materias de salud mental que sean transversales a todos los profesionales que toman contacto con los jóvenes, desde los educadores de trato directo, que deben contar con herramientas para enfrentar crisis de salud mental o identificar sintomatología de algunas patologías, hasta los profesionales médicos que atienden a los jóvenes, los que deben estar especializados en adolescencia e infracción de ley.

Frente a este déficit de atención al interior de los CRC, es de especial preocupación la dependencia de estos Centros, de las prestaciones del sistema de salud pública, para la obtención de servicios de diagnóstico, tratamiento ambulatorio y hospitalización. Sin embargo, el sistema se ve ampliamente sobrepasado por estos requerimientos, entregando principalmente atención de urgencia a través de unidades de corta estadía en aquellos lugares donde se cuente con ellas.

Las respuestas del sistema de salud pública suelen ser frente a urgencias de salud mental a través de las unidades de corta estadía, existiendo dificultades de acceso a cualquier otra instancia de atención, dado los largos plazos de espera, la ausencia de cobertura para esta población específica, la falta de voluntad de los operadores del sistema, entre otros.

Las principales limitantes del sistema de salud pública dicen relación con cobertura del sistema en sus distintos niveles. Esta escasez de cobertura genera falta de oferta para perfiles específicos, listas de espera para jóvenes, entre otros.

Finalmente, existe una preocupación transversal entre los operadores del sistema frente al énfasis puesto tan sólo en el consumo problemático de sustancias y de las respuestas de atención de urgencia y la administración de fármacos para enfrentar las crisis de salud mental, sin esto estar vinculado a un tratamiento de largo plazo de la patología o un seguimiento de la farmacoterapia.

4. PROPUESTA MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY PENAL CUMPLIENDO MEDIDAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD

Este modelo se fundamenta en las recomendaciones internacionales de atención en salud mental, así como la experiencia nacional recopilada a través del diagnóstico de redes. A través de este modelo se da cuenta de las brechas de resolutiveidad en los tratamientos necesarios de salud mental y psiquiatría para la población, así como también se esbozan los dispositivos necesarios para tratamiento en SENAME y en la red de salud pública

En primer lugar, el modelo presenta cuatro principios básicos que se suponen fundamentales para el funcionamiento eficaz del modelo de atención. Estos son:

- detección precoz,
- derecho a atención en salud mental,
- continuidad de la atención y
- prevención de conductas disruptivas en el espacio cerrado.

Asimismo, para el buen trabajo de todos los actores que participan en el modelo se requiere trabajar en dos componentes transversales a toda la red:

- trabajo intersectorial y complementario;
- especialización y capacitación.

Esto implica que todos los actores tanto a nivel macro como a nivel institucional trabajen de forma coordinada a fin de entregar la atención integral y coherente requerida por los jóvenes. Asimismo, a través de la especialización y capacitación se logra entregar la atención adecuada a las necesidades de los jóvenes, así como cada actor cumple su rol en la red de forma óptima.

El modelo expone a continuación las respuestas requeridas para entregar atención oportuna e integral a los jóvenes con problemas de salud mental cumpliendo condenas privativas de libertad. El modelo considera que las intervenciones requeridas son las siguientes:

- identificación y diagnóstico;
- atención ambulatoria periódica;
- atención residencial y hospitalización;
- farmacoterapia;
- derivación asistida a atención en medio libre.

Finalmente, para el funcionamiento del modelo deben participar de forma coordinada el Servicio Nacional de Menores (SENAME) a través de sus programas administrados directamente, como su red de organismos acreditados que administran sanciones en medio

libre, el Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), el Ministerio de Salud, el Sistema Judicial y Gendarmería de Chile.

4.1. Principios del modelo

Este modelo de atención en salud mental para adolescentes infractores de ley cumpliendo condenas en medio cerrado tiene por objeto definir lineamientos para la atención integral de problemáticas de salud mental en adolescentes infractores de ley privados de libertad. El modelo debe funcionar sobre ciertos principios o supuestos básicos que debe supeditar la atención que se brinda a los adolescentes en materia de salud mental. Detección precoz, derecho de atención en salud, continuidad de la intervención y prevención de conductas disruptivas.

A. Detección precoz

Para su funcionamiento, el modelo supone la identificación temprana de casos con problemas de salud mental. Cualquier tipo de atención eficaz en salud mental supone la detección precoz de cualquier problemática de salud mental.

Como se anticipa en el marco teórico del diagnóstico en salud mental, la identificación temprana es primordial para procurar mantener la salud y bienestar de aquellos jóvenes que se incorporan al sistema, en especial aquellos con problemas graves de salud mental.

En la medida en que un joven toma contacto con el sistema de justicia, el modelo propone realizar todos los esfuerzos para pesquisar potenciales casos con problemas de salud mental, desde antes de la dictación de condena, al ingreso al cumplimiento de ésta y durante la ejecución de la sanción.

En el caso de los cuadros psicóticos por ejemplo, los pacientes requieren de uso de psicofármacos y de continuidad en la atención por lo que eventualmente debieran ser derivados a centros especializados de atención como son los Hospitales de Corta Estadía; Asimismo, muchos cuadros psiquiátricos, los jóvenes presentan riesgo de autoagredirse o agredir a terceros, por lo que la identificación temprana es primordial.

Por otra parte, se podrían identificar también a aquellos jóvenes que presentan conducta violenta o agresiva, para decidir el lugar de colocación más adecuado dentro de los recintos, de acuerdo al riesgo (incluso considerar el aislamiento como separación preventiva y por condiciones médicas, monitoreado desde los profesionales la salud mental).

Otra potencial ventaja de la identificación temprana de patología de salud mental, es prevenir el desarrollo de trastornos mentales graves en el futuro, varios de los cuales están vinculados con el crimen y la violencia.

B. Derecho a atención en Salud

Un factor destacado en los modelos revisados a nivel internacional es la garantía de atención en salud mental en todos los niveles. Esto implica que los jóvenes que cumplen condenas en medio cerrado, aunque han sido privados a su derecho a libertad, esto no debe conllevar suspender su derecho a atención en salud mental o salud física.

Los CRC deben garantizar que los jóvenes que se encuentren este tipo de medidas o condenas puedan acceder a los mismos servicios públicos a los cuales podría acceder si se encontrara en libertad. Los jóvenes deben acceder a las prestaciones del sistema público que requieran, no sólo acceso a atención psiquiátrica, sino atención para su salud física, atención odontológica, entre otros.

Esta garantía la deben resguardar todas las instituciones participantes del modelo: SENAME, SENDA, MINSAL, Sistema de Justicia y Gendarmería garantizando la derivación oportuna y expedita y atendiendo a los casos a la institución correspondiente a fin de entregar las atenciones necesarias a todos los jóvenes, independiente de su situación judicial.

C. Continuidad de la intervención

Uno elemento de gran relevancia en la calidad de la atención en salud mental para adolescentes infractores que cumplen medidas en medio cerrado es la continuidad de la atención. En la revisión de la evidencia internacional se identifica como una debilidad de la atención prestada a jóvenes infractores cumpliendo medidas la continuidad de la atención durante el cumplimiento de condena y en el tránsito entre medidas o entre medio libre y medio cerrado.

La atención en salud mental debe ser continua y el proceso no debe interrumpirse con los cambios de medida o condena, lo que ocurre regularmente en esta población. A pesar de los cambios de la modalidad de cumplimiento de condena o egreso del propio sistema, se debe garantizar la continuidad de cualquier tipo de intervención. Esto requiere de un trabajo en red complejo y consistente, que permita la derivación que corresponda.

Los operadores de SENDA plantean que el trabajo en red en dispositivos al interior de los centros privativos de libertad y en medio libre se encuentra en gran medida consolidado, por lo que son capaces de derivar a los jóvenes de un centro a otro con el objeto que continúen sus tratamientos.

En el caso del sistema de salud, la continuidad se ve dificultada por la escasa participación del sistema primario de salud en la red de atención actual para adolescentes infractores de ley en medio privativo de libertad.

El modelo debe incorporar al sistema primario de salud pública que debe estar a cargo de darle continuidad a cualquier tratamiento en medio libre.

D. Prevención de conductas disruptivas en el espacio cerrado

El medio privativo de libertad supone una serie de conflictos internos que pueden ser de carácter violento. Es necesario que los operadores de todas las instituciones que intervienen en los centros (Gendarmería, SENAME, SENDA) velen por mantener una convivencia pacífica en el centro, amortiguando relaciones violentas o disruptivas que generan un ambiente propicio para los problemas de salud mental.

El diagnóstico de prevalencia de salud mental desarrollado en este estudio da cuenta de un alto porcentaje de trastornos de salud mental (81.6%) y trastornos ansiosos (48.2%) en el CRC de San Bernardo, en donde algunas variables de contexto, como lo son el hacinamiento, la infraestructura deficiente, las relaciones violentas, entre otros afectan la sintomatología asociada a la prisionización. El caso de este CRC nos indica la importancia de disminuir el impacto de la prisionización a través de la prevención de las conductas disruptivas y contextos violentos.

El Servicio Nacional de Menores es el responsable de garantizar que los elementos propios del funcionamiento de los CRC tengan el menor impacto posible en la salud mental de los adolescentes. Esto implica cuidar del tipo de relaciones que se generan entre los funcionarios y los jóvenes al interior de los CRC, garantizar el acceso a servicios en el sistema público, mantención de condiciones adecuadas de habitabilidad de los centros, entre otros.

4.2. Componentes transversales del modelo

El modelo cuenta con dos componentes transversales que le dan sustento a las actividades del trabajo integral en materia de salud mental en adolescentes infractores de ley en medio cerrado.

A. Trabajo intersectorial y complementario

El entregar una atención integral en salud mental en todos los ámbitos, supone una estrecha colaboración e intercambio de información entre los actores participantes de la intervención de los jóvenes. La interrelación entre los diversos actores que participan en este modelo debe darse entre el CRC y los actores públicos que entregan oferta complementaria a la del CRC, así como entre los actores que al interior del CRC prestan servicios de distinta índole.

A.1 Trabajo intersectorial

Los jóvenes que se encuentran privados de libertad deben acceder a atención integral en temáticas de salud mental abordando todos los ámbitos de ésta. Para esto, se requiere complementariedad de las intervenciones, evitando la sobre intervención.

Adicionalmente, la atención en salud mental debe complementarse por una atención en salud física. Problemas de salud física pueden pronunciar algunos cuadros de salud mental, a modo de ejemplo, la falta de atención odontológica con problemas no tratados y muy dolorosos pueden devenir en cuadros ansiosos.

Todos los actores del Modelo deben trabajar de forma conjunta y relacionada continuamente, realizando las derivaciones necesarias.

A fin de coordinar adecuadamente la red de atención en salud mental se deben realizar mesas regionales de trabajo en la que participen actores del sistema público de salud (servicios primario y terciario), SENAME (CRC), SENDA (programas de tratamiento) y Sistema de Justicia. Estas reuniones trimestrales tendrán como fin abordar temas como, intercambio de información, demanda de atención, tipo de respuesta requerida, gestión de la red, entre otros.

El intercambio de información de la ficha clínica de los jóvenes es de vital importancia, por lo que todos los actores deben velar por el intercambio de esta información entre los actores de la red. Al ser derivado un joven desde la atención entregada en CRC a la red pública de salud, se debe entregar la información completa de la ficha clínica del joven. En el sentido contrario, desde la red pública, deben enviar los antecedentes de cualquier atención en la red al CRC donde cada joven cumple condena. Resulta interesante explorar modalidades informáticas en

línea donde se pueda compartir información gruesa de las atenciones de los y las jóvenes entre equipos, contando con el consentimiento informado de los usuarios.

A.2 Trabajo complementario al interior de los CRC

Asimismo, en los CRC debe primar el trabajo complementario entre los distintos actores intervinientes, en el entendido que el trabajo con los jóvenes es realizado por diversos actores y en diferentes ámbitos, el equipo de base, el educador de trato directo encargado de supervisar a diario al joven, el profesional de intervención clínica al encargado de caso, quien conduce su plan de intervención; además el programa de tratamiento de drogas; y el dispositivo de atención en salud mental. Esta diversidad de actores requiere de un trabajo de intercambio y comunicación permanente, con el objeto de evitar la duplicidad de intervenciones y poder brindar a los jóvenes una intervención integral en que todos los actores se complementan.

A fin de garantizar esta complementariedad de las intervenciones, se realizarán reuniones mensuales donde representantes de cada parte participen. Durante esta reunión se revisará el trabajo que se encuentra realizando cada una de los actores, se intercambiará información y se discutirán casos que participan en las diversas instancias de atención.

Por su parte, el encargado de caso, estará a cargo de supervisar la coherencia de las intervenciones y se reunirá con las partes intervinientes para revisar casos particulares en caso de considerarlo necesario. Así también deberá supervisar el intercambio de información entre las partes, integrándola respecto a todas las intervenciones en una ficha clínica común para cada joven.

B. Especialización y capacitación

La atención en salud mental desde la prevención, diagnóstico, atención, supone la capacitación especializada en materia de salud mental de adolescentes de todos los actores participantes. Del mismo modo, cada actor requiere capacitación de acuerdo a su rol en el modelo.

B.1 Especialización de profesionales de salud

La especialización de los profesionales del sistema en juventud, adolescencia, infracción a la ley e intervención clínica es de especial relevancia en el caso de psicólogos y psiquiatras que atienden a esta población. Debe ser requisito para quienes atienden a estos jóvenes contar con esta especialización.

Dada la escasez de psiquiatras especialistas en adolescencia, se recomienda que psiquiatras que realizan diagnósticos o intervenciones en esta población, deban al menos contar con competencias y experiencia en atención de adolescentes.

Por su parte, los psicólogos que realizan intervenciones y tratamiento psicológico con los jóvenes deben contar con especialización o experiencia en adolescencia, y especialización en intervención clínica.

B.2 Capacitación de todos los actores

Por su parte, cada actor del modelo debe contar con las capacidades requeridas para cumplir con roles específicos en materia de pesquisa de sintomatología, evaluación, intervención en crisis, contención, principios básicos de salud mental, tratamiento, entre otros, según corresponda.

Capacitación de funcionarios de SENAME

Es de especial importancia la capacitación de operadores de SENAME en pesquisa de problemas de Salud Mental a fin de poder detectar los casos previa crisis.

Los educadores de trato directo, al ser los profesionales que tienen contacto diariamente con los jóvenes, deben participar en capacitaciones en materia de salud mental, especialmente, pesquisa de sintomatologías, contención de descompensaciones e intervención en crisis. Al respecto se recomienda que SENAME imparta cursos periódicos en estas temáticas, asegurándose que los funcionarios que cumplan esta labor, cuenten con las habilidades requeridas.

Por su parte, los encargados de caso, profesionales de intervención clínica y otros profesionales del equipo de intervención a cargo de la derivación interna, deben estar capacitados en diagnóstico y evaluación de problemas de salud mental. Los encargados de caso cumplirán en el modelo un rol de especial relevancia en el tamizaje y evaluación de casos con problemas de salud mental, por lo que deben estar debidamente capacitados para realizar esta labor. SENAME debe realizar capacitaciones periódicas en esta materia, a fin de que todos los profesionales que cumplen esta labor cuenten con las habilidades necesarias para cumplir su rol en el modelo, idealmente capacitar en el manejo de herramientas diagnóstica validadas en nuestro país, tales como las que se encuentran en proceso de validación por la investigación en curso a cargo de la Universidad de La Frontera.

Capacitación de profesionales de SENDA

Los profesionales de los programas de rehabilitación para consumo problemático de sustancias deben contar con capacitaciones periódicas por parte de SENDA en atención en drogodependencias, problemas de salud mental, intervención clínica a profesionales que realicen esta labor, atención en adolescencia, entre otros.

Capacitación de funcionarios de GENDARMERÍA

Con el objeto de garantizar la convivencia pacífica de todos los funcionarios que toman contacto y velar por el trato digno de los jóvenes, se requiere que el personal de gendarmería que custodia los CRC se encuentre capacitado para trabajar en el sistema de responsabilidad juvenil, y deben garantizar la convivencia pacífica, evitando intervenciones que tengan impacto negativo en la salud mental de los jóvenes.

SENAME deberá entregar anualmente capacitación a funcionarios de Gendarmería en temáticas de juventud, convivencia, resolución pacífica de conflictos y Derechos del Niño.

Gendarmería por su parte, debe destinar a funcionarios al sistema penal adolescentes, los cuales estén especializados en esta población, sin rotación de funcionarios indistintamente entre el sistema adulto y juvenil.

4.3. Respuestas requeridas para la atención integral

A. Identificación y Diagnóstico

Uno de los pilares de una atención en salud mental efectiva es la identificación oportuna de estas problemáticas a fin de dar atención adecuada, respondiendo de forma temprana ante las necesidades de salud mental de los adolescentes.

A.1 Tamizaje y diagnóstico durante el proceso judicial

La identificación temprana de problemas de salud mental permite entregar oportunamente la atención necesaria. Por este motivo, la administración de la condena debe integrar en su decisión el estado de la salud mental del joven que enfrenta un proceso judicial.

Día a día jueces dictan condenas sin tener conocimiento de la salud mental de los jóvenes. Adicionalmente, dictan sanciones accesorias de tratamiento de rehabilitación de consumo problemático de sustancias basados en supuestos de fiscalía, defensoría y el propio juez, quienes identifican informalmente casos con consumo problemático, ya que de acuerdo a

como está organizado el sistema no existen informes pre sentenciales, ni tampoco peritajes para conformar sospechas identificadas por los intervinientes.

Aunque el diagnóstico de prevalencia desarrollado durante el estudio no da cuenta de un gran porcentaje de patologías psiquiátricas severas como esquizofrenia u otros trastornos que pueden dar lugar a una declaración de inimputabilidad del joven, si se presenta un 47% de jóvenes con prevalencia de consumo problemático de sustancias, trastorno que puede requerir de atención especializada, derivación a unidades de corta estadía previo al ingreso al CRC o recomendación de sanción accesoria de programa de tratamiento de rehabilitación para consumo problemático de sustancias.

A fin de pesquisar a los jóvenes con problemas severos de salud mental o consumo problemático de drogas, y que se cuente con esta información previo a decisión de sentencia, se propone hacer ajustes normativos que permitan instalar en tribunales, dispositivos de diagnóstico del Servicio Nacional de Menores, compuestos por un psicólogo, un asistente social y un psiquiatra especializados en temáticas de adolescencia e infracción a la ley. La dupla psicosocial y el psiquiatra estarán a cargo de realizar la evaluación y diagnóstico de casos que toman contacto con tribunales.

Este dispositivo, a través de la dupla psicosocial, debe aplicar el instrumento de tamizaje SQIFA³ de identificación de problemas de salud mental a todos los casos que toman contacto con el tribunal. En caso de que el screening a través del instrumento identifique algún indicador que dé cuenta de una problemática en salud mental, el psicólogo con apoyo de la asistente social realizarán una evaluación más extensiva a través del instrumento DISC – IV u otro instrumento de evaluación psicométrica validado para esta población, y de conformar la sospecha de patología en el joven, debe ser derivado al psiquiatra del dispositivo para participar de un diagnóstico completo.

La propuesta es que este diagnóstico, en cualquiera de sus fases según se requiera, configure un insumo para la decisión más idónea de la medida a tomar por el juez. Según recomendaciones internacionales, frente a un diagnóstico positivo de patologías de salud mental grave, plantean que jóvenes que requieren atención en salud mental debieran acceder a sistemas de cumplimiento de condenas en medio libre, sólo bajo especiales circunstancias cumplir condenas en medio cerrado.

³ El Screening Questionnaire Interview for Adolescents (SQIFA) es un instrumento psicométrico de screening, utilizado por profesionales de la salud para evaluar la salud mental en adolescentes infractores de ley. El equipo investigador recomienda la validación de este instrumento para la población chilena antes de su aplicación.

Por otro lado, frente a la identificación de consumo problemático de sustancias, según su severidad se debe derivar al joven a una unidad de corta estadía y se recomienda además de la sanción principal, dictar sanción accesoria de asistencia a programa de rehabilitación para consumo problemático de sustancias. Ambas medidas son de especial relevancia para jóvenes cuya condena es en medio privativo de libertad.

A.2 Diagnóstico al ingreso al CRC

Este modelo de atención en salud mental supone la instalación en los CRC de equipos de SENAME especializados en atención en salud mental compuestos por psicólogos, asistente social y psiquiatra, cuyo rol es el diagnóstico y tratamiento de los jóvenes que cumplen condenas en el CRC, que presentan problemáticas de salud mental sin presentar consumo problemático de drogas.

Según las orientaciones técnicas de los CRC (2011), al ingresar a un centro de régimen cerrado, al joven se le realiza un diagnóstico a no más de 15 días de su ingreso con el objeto de poder desarrollar un plan de intervención especializado. Este diagnóstico es realizado por el encargado de caso, quien evalúa diversas temáticas, desde aspectos familiares, educativos a problemas de salud mental y consumo problemático de sustancias.

Sin embargo, no existen protocolos estandarizados respecto a este primer diagnóstico en materia de salud mental y consumo problemático de sustancias. Este modelo contempla que todos los jóvenes deben ser evaluados al inicio a través de una evaluación exhaustiva de salud mental. Este tamizaje lo debe realizar el encargado de casos a través del instrumento SQIFA de screening de salud mental para adolescentes infractores de ley, a fin de identificar problemáticas de salud mental. Aquellos casos en que el tamizaje identifique indicadores de patologías de salud mental se deberá realizar una evaluación extensiva a través del DISC – IV u otro instrumento similar, a fin de evaluar la problemática de salud mental que aqueja al joven. Esta evaluación debe realizarse en el momento del primer diagnóstico, a no más de 15 días de ingreso al CRC.

Por su parte, aquellos casos que presentan consumo problemático de sustancias (potencialmente asociados con problemas de salud mental), deben ser derivados a dispositivos de SENDA para su atención.

A.3 Identificación durante el cumplimiento de condena

Tras el diagnóstico al ingreso, el SENAME debe mantener una estrecha vigilancia sobre los jóvenes, identificando casos con problemas de salud mental que se manifiestan o agudizan durante el cumplimiento de la condena.

Pesquisa

La experiencia internacional sugiere que los adolescentes que cumplen medidas en centros cerrado presentan un cuadro de salud mental que evoluciona con la prisionización (Harrington, 2002). Es por este motivo que además del diagnóstico de ingreso, es indispensable realizar una pesquisa permanente de sintomatología de salud mental, la que debe estar a cargo de operadores de SENAME.

Actualmente, el trabajo de pesquisa permanente de casos con problemas de salud mental es escaso y no se cuenta con protocolos en esta materia. El diagnóstico de redes da cuenta de la falta de capacitación de los operadores en pesquisa y diagnóstico por lo que recurren a su experiencia y en muchos casos tan sólo pesquisan los casos cuando las problemáticas de salud mental hacen crisis. Esto conlleva que muchos jóvenes con problemas de salud mental no reciban atención oportuna, derivando en cuadros de mayor complejidad que obtienen atención sólo en la medida que tiene una crisis y acceden a atención de urgencia.

Los operadores de SENAME, en especial los educadores de trato directo, en contacto diario con los adolescentes, deben encontrarse capacitados para identificar aquellos síntomas que den cuentas de problemas de salud mental, especialmente identificando síntomas psicóticos, autoagresiones y conductas suicidas.

Los educadores, debidamente capacitados, ante cualquier sospecha de conductas que den cuenta de alguna problemática de salud mental debe alertar al encargado de caso, a fin de realizar un nuevo proceso de tamizaje, evaluación y diagnóstico, con el propósito de derivar de forma oportuna a la atención adecuada de acuerdo a la necesidad del joven.

Tamizaje y evaluación periódica

El proceso de tamizaje y evaluación realizado por el encargado de caso debe replicarse periódicamente cada 6 meses para todos aquellos jóvenes que no participan en programas de rehabilitación o atención de salud mental. El encargado de caso deberá supervisar la salud mental de los jóvenes bajo su tutela, aplicando el instrumento de screening y evaluación para pesquisar eventuales casos con problemáticas de salud mental, especialmente aquellas asociadas a los efectos de prisionización.

B. Atención ambulatoria periódica

El ingreso al sistema de reclusión puede ser un tránsito fuerte para muchos jóvenes, generando diversos problemas de salud mental, síndrome de abstinencia, episodios ansiosos, problemas de apego, entre otros. Para este tránsito, se requiere especial apoyo al ingreso al centro, lo que debe ser labor de SENAME.

Diversos operadores del sistema plantean que los jóvenes que cumplen medidas cautelares en los centros de internación provisoria se ven especialmente abandonados durante su estadía

en medio cerrado, que suele ser el primer período de una condena en medio privativo. Operadores plantean que hay jóvenes que requieren especialmente del apoyo de los módulos de SENDA, ya que enfrentan problemas asociados al síndrome de abstinencia, por lo que requieren atención y consejería en esta etapa.

Como ya se ha abordado en el diagnóstico de las redes, la atención que actualmente se brinda a los jóvenes es atención de urgencia y atención ambulatoria para consumo problemático de alcohol y drogas. Un modelo óptimo de atención en salud mental requiere de un actor activo en la entrega de atención ambulatoria continua para jóvenes infractores de ley cumpliendo condenas o medidas privativas de libertad.

Por su parte el diagnóstico de prevalencia de salud mental arroja como resultado que un 74.9% de los jóvenes presenta diversos trastornos de salud mental, lo que implica amplias necesidades de atención, las cuales en parte son ambulatorias, como puede ser en el caso de trastornos ansiosos, presentes en un 39.9% de los jóvenes el último año, trastornos disruptivos presentes en un 49.75% de los jóvenes el último año o algunos trastornos afectivos manifestados por un 17.5% de los jóvenes. Adicionalmente, como se ha adelantado en este documento, un 47.5% de los jóvenes tiene algún trastorno de consumo de sustancias, donde parte de ellos requiere de intervención de carácter ambulatorio y otro porcentaje puede requerir de atención intensiva o residencial.

Para dar respuesta a esta amplia gama de trastornos, los principales actores a cargo de brindar este tipo de intervenciones deben ser SENAME y SENDA, dando respuesta a las necesidades de los jóvenes en materia de salud mental y consumo problemático de sustancias.

Para dar respuesta a estas necesidades deben existir dos dispositivos de atención ambulatoria:

Programa de tratamiento de rehabilitación de consumo problemático de sustancias

Estos programas deben absorber la demanda de atención especializada para jóvenes que presenten abuso problemático de sustancias y los problemas de salud mental asociados a éste.

Actualmente, estos programas entregan gran parte de las atenciones en materia de salud mental impartidas en los CRC, encontrándose su capacidad sobrepasada frente a las múltiples necesidades de los jóvenes en atención para consumo problemático de sustancias y problemas de salud mental. Así lo comprueba el diagnóstico de prevalencia que arroja que un 47.5% de jóvenes presentan algún trastorno de consumo de sustancias.

Los dispositivos de SENDA deben abocar su labor a aquellos jóvenes que presentan consumo problemático de sustancias, focalizando y priorizando su trabajo con esta población. Sin embargo, los recursos actualmente instalados en los CRC, en gran parte de los casos, no son

suficientes para la demanda de atención en consumo problemático. Esto requiere de un nuevo estudio de demanda de tratamiento de rehabilitación para consumo problemático de sustancias, adecuando la oferta a esta necesidad. Esto implicará fortalecer los equipos de los dispositivos de SENDA; así como mejorar la infraestructura en la que trabajan estos programas.

Equipos especializados de atención en salud mental al interior de los CRC

En los CRC se deben instalar dispositivos de atención en salud mental ambulatoria administrados por SENAME, el que debe estar constituido por psicólogo, psiquiatra y asistente social, destinado a realizar una atención ambulatoria continua para jóvenes que requieren atención psiquiátrica o psicológica

Estos dispositivos serán responsables de las siguientes actividades:

- Entregar diagnóstico especializado tras el tamizaje y evaluación del encargado de caso.
- Realizar atención ambulatoria periódica a aquellos jóvenes que presentan algún trastorno de salud mental. Estas atenciones serán: atención psicológica, consulta psiquiátrica, farmacoterapia e intervención familiar.
- Contención y supervisión semanal durante el primer mes a aquellos jóvenes que cumplen medidas cautelares y que el dispositivo de diagnóstico de tribunales ha identificado con algún problema de salud mental.
- Derivación asistida a atención en salud mental en medio libre.

La instalación de estos dispositivos no implica que el sistema de salud primario y secundario se desligue de esta población. El sistema de salud público debe ser el responsable de dar continuidad en medio libre a los tratamientos que se realicen en los centros de reclusión. Así, el equipo de salud mental debe vincular al joven que ha cursado tratamiento en salud mental, al reintegrarse al medio libre, al sistema de salud primario para diagnóstico y derivación al sistema de salud secundario, y de esta manera dar continuidad a su intervención.

C. Atención residencial y hospitalización

Hoy en día la mayor parte de las estrategias para atención de urgencia se da a través de unidades de corta estadía y hospitalización de emergencia por un período breve de tiempo. Es importante mantener este tipo de servicios, fortaleciendo la existencia de unidades de corta estadía en medio externo, ya que estas cumplen un rol fundamental en el momento de abordar el síndrome de abstinencia, al que se enfrentan muchos jóvenes en su primera etapa de internación.

El diagnóstico de redes da cuenta cómo este servicio en el sistema de salud pública es ampliamente demandado por la población en CRC, asimismo, se observa que la oferta disponible no cuenta con la cobertura necesaria para responder a ésta demanda, existiendo listas de espera, derivaciones a otras regiones o a hospitales no especializados en contener este tipo de cuadros.

Por este motivo, ante la alta demanda de la atención de compensación de urgencia, ya sea por síndrome de abstinencia o descompensaciones de patologías al interior de los CRC, es necesaria la instalación de unidades de Corta estadía Infanto Juvenil al interior de todos los CRC.

Este servicio, así como lo plantean las orientaciones técnicas para la atención de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales usuarios del Servicio Nacional de Menores (2007), debe ofrecer atención psiquiátrica especializada, de carácter residencial por un periodo no superior a 60 días a todos aquellos jóvenes del CRC que requieran de un proceso de compensación de un trastorno de salud mental severo, desintoxicación debido al consumo de sustancias.

Este dispositivo debe estar fuertemente vinculado con el dispositivo de atención en salud mental de SENAME, el que estará a cargo de dar continuidad a través de atención ambulatoria tras el egreso del joven de la unidad de corta estadía.

La instalación de unidades de corta estadía al interior de los CRC implica el realizar en primer lugar un estudio que evalúe el volumen de la demanda de este servicio al interior de los CRC.

D. Farmacoterapia

La entrega de fármacos a los jóvenes en un tema que actualmente no cuenta con protocolos definidos de entrega y seguimiento de tratamientos farmacológicos.

En la medida en que los jóvenes que tiene problemáticas de salud mental participen en el dispositivo de SENDA, o en atenciones del equipo especializado en salud mental, se deberá garantizar que todos ellos cuenten con atención de profesional psiquiátrico al interior del centro, que en la medida de lo requerido administren fármacos y supervisen periódicamente la posología administrada. Para ello, se deberá asegurar además la existencia de unidades de salud reglamentarias al interior de los centros, con enfermeras y técnicos del área de salud que permitan cumplir con las normativas para la administración de dichos fármacos, supervisados por el/la psiquiatra del dispositivo de salud mental.

E. Derivación asistida a atención en medio libre

Con el objeto de garantizar la continuidad de las intervenciones que se realizan durante el cumplimiento de condena, el equipo a cargo de salud mental debe realizar un seguimiento del joven en medio libre.

El profesional asistente social del equipo de salud mental debe identificar el servicio de salud primaria correspondiente a la comuna de residencia del joven, con el fin de realizar la vinculación con el sistema de salud pública primario, concretar el diagnóstico de salud mental y la derivación al sistema de salud secundario. Este profesional debe realizar una derivación asistida, tomando la hora y acompañando, de ser necesario, al joven en su consulta en el sistema primario y seguir su atención al sistema secundario.

Al contactarse con el sistema primario y secundario de atención, la asistente social del equipo de salud mental, deberá garantizar el traspaso de información de la ficha clínica y de las intervenciones realizadas en el CRC.

4.4 Actores involucrados y su rol en el modelo

A fin de entregar una atención integral en salud mental a los adolescentes infractores de ley, si bien ya se ha mencionado las funciones de los y las profesionales responsables del diagnóstico, tratamiento y derivación, a continuación de entrega el detalle de acuerdo a las instituciones responsables de ella:

A Servicio Nacional de Menores (SENAME):

Rol en el modelo: Pesquisa y diagnóstico, Atención al interior del CRC, Gestión de la red.

El servicio Nacional de Menores está mandatado por la Ley 20.084 a administrar directamente los centros de privación de libertad. Según dicha ley *“la administración de los Centros Cerrados de Privación de Libertad y de los recintos donde se cumpla la medida de internación provisoria, corresponderá siempre y en forma directa al Servicio Nacional de Menores”* (Art. 43, LRPA)

Son los profesionales de SENAME quienes toman mayor contacto con los adolescentes que cumplen este tipo de medidas, por lo que su labor es de gran importancia en la pesquisa de problemas de salud mental y la atención de estos trastornos. Debe ser responsable también de garantizar el buen trabajo con el resto de los actores del modelo de modo de entregar una atención integral en materia de salud mental, que incorpore a todos los actores, entregando una canasta completa de servicios para aquellos jóvenes que requieran alguna atención, y gestionar la vinculación tras su egreso, con el sistema de salud pública, con el fin de garantizar continuidad de la intervención en salud mental que se lleva a cabo durante la condena.

Por otra parte, la norma técnica define que SENAME tiene por misión “*la inserción de adolescentes que hayan infringido la ley penal*”. En relación con esto último, es responsable de asegurar la existencia de los programas necesarios para la ejecución y control de las medidas a que se refiere la ley 20.084. En este sentido, la ley establece que SENAME es el organismo responsable de la coordinación con los respectivos Servicios Públicos en materia de esta Ley (norma técnica 85).

Por este motivo, SENAME será el principal responsable de entregar atención ambulatoria en salud mental a los jóvenes al interior de los CRC. Con este fin se deben crear equipos especializados de pesquisa en tribunales y de diagnóstico y tratamiento en los CRC.

Recursos humanos involucrados:

En tribunales: SENAME debe instalar en tribunales, dispositivos de pesquisa y diagnóstico de problemas de salud mental y consumo problemático de sustancias, a fin de administrar las condenas adecuadamente. Estos dispositivos deben contar con una dupla psicosocial (Psicólogo y asistente social), que realicen la pesquisa de casos y evaluación diagnóstica, y un psiquiatra, que realice un diagnóstico especializado en el caso de ser requerido. Estos profesionales deben contar con experiencia en atención de adolescentes. En el caso del psiquiatra, es necesario que cuente con competencias en el área forense. El detalle por profesional es el siguiente:

Psicólogo: Destinado a realizar el tamizaje a los jóvenes y la evaluación diagnóstica a aquellos jóvenes que lo requieran. Este profesional debe tener experiencia en tamizaje y diagnóstico, a su vez es recomendable formación o experiencia en peritajes judiciales

Asistente social: su responsabilidad es complementar la evaluación diagnóstica con información social y familiar del joven, así como interlocutor con tribunales y gestionar cualquier atención a la cual eventualmente se derivará al adolescente

Psiquiatra: el psiquiatra debe apoyar al psicólogo en la evaluación diagnóstica de aquellos casos de mayor complejidad que requieren de evaluación psiquiátrica. Se recomienda experiencia o formación en peritajes judiciales, adolescencia y población infractora.

En los Centros de cumplimiento de condena en régimen cerrado:

Al interior de los CRC el diagnóstico de redes ha dado cuenta de la debilidad de los equipos de SENAME en las intervenciones clínicas periódicas. Actualmente la función que cumplen los profesionales del equipo de base de los CRC es principalmente de diagnóstico y contención en crisis. El equipo de base de los CRC, principalmente el educador de trato directo y encargado de casos, tienen un rol fundamental en la salud mental de los internos. Por este motivo las funciones que este equipo realiza deben ser fortalecidas, entregando las capacidades requeridas para desarrollar sus funciones. Los encargados de caso y educadores de trato directo tendrán las siguientes responsabilidades:

Educador de trato directo: en adición a las funciones definidas por las orientaciones técnicas de los CRC, estos funcionarios serán responsable de realizar pesquisas permanentes de sintomatología de problemas de salud mental en los jóvenes, así como de contención e intervención en crisis. Para realizar estas funciones se recomienda que SENAME entregue capacitaciones en estas áreas a estos funcionarios con el objeto de que realicen pesquisas efectivas de sintomatología de salud mental y cuenten con las capacidades requeridas para enfrentarse a descompensaciones de salud mental.

Encargado de casos: Tendrá por función el tamizaje y evaluación periódica de los jóvenes respecto a su salud mental y consumo problemático de sustancias. Además de coordinar al equipo de base, deberá coordinar las derivaciones al equipo especializado, participar de reuniones semanales con este equipo a fin de supervisar el trabajo con los jóvenes.

A partir del diagnóstico de redes de atención en salud, se hace evidente la necesidad de los jóvenes de intervención ambulatoria para diversos problemas de salud mental. Con este fin, SENAME debe tener equipos especializados en atender problemas de salud mental al interior de los CRC. Estos equipos, como se anticipa anteriormente, serán responsables de las siguientes actividades:

- Entregar diagnóstico especializado tras el tamizaje y evaluación del encargado de caso
- Realizar atención ambulatoria periódica a aquellos jóvenes que presentan algún trastorno de salud mental. Estas atenciones serán: Atención psicológica, consulta psiquiátrica, farmacoterapia e intervención familiar.
- Contención y supervisión semanal durante el primer mes a aquellos jóvenes que cumplen medidas cautelares y que el dispositivo de diagnóstico de tribunales a identificado con algún problema de salud mental
- Derivación asistida a atención en salud mental en medio libre.
- Administración y supervisión de terapia farmacológica

Los profesionales de este equipo deben contar con una especialización o experiencia en problemas de salud mental, así como temáticas de adolescencia e infracción a la ley penal.

Psicólogo (1 por 15 adolescentes): El o los psicólogos del equipo especializado serán responsable de realizar la evaluación diagnóstica aquellos jóvenes derivados por el encargado de caso. Tendrán como función además realizar la intervención clínica requerida por aquellos jóvenes con problemas de salud mental y dar contención o apoyo al ingreso a aquellos jóvenes que lo requieren. Para realizar su labor este profesional requiere de formación o experiencia en intervención clínica y adolescencia. Se recomienda que SENAME imparta capacitaciones periódicas a estos profesionales en intervención en población juvenil infractora y salud mental en contextos cerrados

Asistente social (1 por 15 adolescentes): Este profesional tiene como función dar apoyo al psicólogo en la evaluación de compromiso biopsicosocial. Durante el proceso de intervención será responsable del trabajo con las familias. Durante el proceso de intervención y al egreso será responsable de la gestión de la red, esto implica derivar a la red de salud pública por atenciones complementarias que requieran los jóvenes durante su tratamiento y realizar una derivación asistida al egreso del CRC, acompañando al joven a sus primeras consultas en medio abierto y asegurando la transferencia de información entre el dispositivo de salud mental del CRC y la institución o persona que atenderá al joven en libertad. Se recomienda que éste profesional cuente con experiencia o formación en población adolescente.

Psiquiatra (1 jornada completa por equipo): El médico psiquiatra deberá realizar un diagnóstico psiquiátrico en aquellos jóvenes que manifiesten trastornos de mayor complejidad. Será responsable de la administración y supervisión de farmacoterapia para aquellos jóvenes que lo requiera, así como entregar atención psiquiátrica para aquellos jóvenes con cuadros de mayor complejidad.

Este equipo especializado debe trabajar en forma conjunta, realizando revisión de casos en equipo semanalmente, en el que se cuente con la retroalimentación de todos los integrantes, además la coordinación con las unidades de salud de los centros para la administración de los fármacos correspondientes.

B. Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)

Rol en el modelo: Atención ambulatoria y residencial de rehabilitación para consumo problemático de drogas

Dispositivos de SENDA

Bajo el convenio CONACE – MINSAL – SENAME de programas de atención para rehabilitación de consumo problemático de sustancias y problemas de salud mental, se instalan dispositivos de atención en los centros cerrados administrados por instituciones colaboradoras con supervisión técnica de SENDA (Ex CONACE).

Este actor es fundamental, entregando parte importante de la oferta en salud mental a través de los programas de tratamiento para consumo problemático de sustancias.

Actualmente los programas de SENDA suplen la ausencia de otros servicios de atención de salud mental en los CRC, entregando diagnóstico y apoyo en algunos casos de mayor complejidad. Dado que el modelo supone la instalación de un programa paralelo de SENAME para atención en salud mental, SENDA destinará sus recursos exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de jóvenes con consumo problemático de sustancias y los problemas de salud mental que presenten estos casos.

Sin embargo, se evidencia que incluso de esta manera las capacidades de los equipos de SENDA se ven sobrepasados por la demanda de atención para consumo problemático de sustancias. Por lo tanto, es necesario fortalecer estos equipos, aumentando el número de profesionales y las plazas disponibles para atención. Para ello se requiere la mejora de la infraestructura en la que trabajan actualmente los equipos de SENDA en los CRC.

Dada la alta prevalencia de trastornos de sustancias, es necesario fortalecer estos equipos, extendiendo su cobertura. Suponiendo la instalación de los equipos especializados en salud mental, los dispositivos de SENDA debiesen disminuir su demanda, destinando su labor tan sólo a jóvenes con consumo problemático de sustancias y trastornos de salud mental asociados a este consumo.

El rol de estos programas no debe ser tan sólo en medio cerrado, sino que deben participar aquellos programas en medio libre entregando atención de continuidad al salir los jóvenes a libertad. De esta vinculación estará a cargo el propio equipo de SENDA en medio cerrado, el que debe vincular al joven con un programa en medio libre para continuar su tratamiento, traspasando la información de la ficha clínica y las intervenciones de las que ha participado el joven.

C. Ministerio de Salud

Rol en el modelo: Entregar atención en medio libre para problemáticas de salud mental garantizar la continuidad de la atención tras el cumplimiento de la condena privativa de libertad

El sistema de salud público actualmente cumple un rol principalmente de entrega de servicios de urgencia. Por lo tanto, se debe fortalecer la participación del sistema de salud público a través de todos sus niveles en el modelo propuesto.

A partir del diagnóstico de las redes de atención, se extrae que este es un actor que hoy participa sólo parcialmente de la red, y debiera tomar protagonismo, entregando las intervenciones ambulatorias en medio libre que den continuidad a las atenciones entregadas por SENAME en medio cerrado.

Asimismo, el Ministerio de Salud debe mantener su rol de atención de urgencias a través de las unidades de corta estadía en los hospitales e instalar estas unidades en los CRC, con el objeto de suplir la alta demanda de este tipo de servicio por parte de la población.

a) Servicios de Salud (sistema primario y secundario)

Rol en el modelo: Entregar diagnóstico y atención ambulatoria para problemas de salud mental tras el egreso de la condena privativa de libertad dando continuidad a la atención

Los servicios de salud serán responsables, a través de su sistema primario, consultorios y consultorios de salud mental, de realizar el diagnóstico de los jóvenes que han participado en tratamientos de salud mental al interior de los CRC, a fin de derivarlos al sistema secundario de salud para dar continuidad a su intervención.

Por su parte, el sistema secundario de salud, a través de sus centros de referencia, deberán entregar la atención periódica requerida por el joven.

b) Ministerio de Salud (sistema terciario)

Rol en el modelo: entregar atención de urgencias e intervenciones que requieran internación

A través del sistema terciario, el Ministerio de Salud es el responsable de entregar atención de urgencias e internación corta a través de sus unidades de corta estadía.

Dado que las unidades de corta estadía que actualmente se encuentran en los hospitales no son capaces de satisfacer la demanda de este servicio, se requiere que el Ministerio de Salud instale unidades de corta estadía al interior de los CRC, permitiendo acceder al interior del centro a atención por descompensaciones de patologías de salud mental y síndrome de abstinencia.

D. Sistema Judicial

Rol en el modelo: Facilitar la gestión de condenas o medidas en relación a los problemas de salud mental de los adolescentes

El rol del sistema judicial se limita a facilitar la administración de condenas o medidas en relación al diagnóstico de salud mental realizado por el dispositivo de salud mental, tomando en consideración la condena de sanción accesoria, condenas en medio libre o de sanción mixta, según las recomendaciones emanadas del diagnóstico del dispositivo especializado.

E. Gendarmería

Rol en el Modelo: Dar continuidad a la intervención en los módulos juveniles de gendarmería o el sistema adulto de reclusión - Facilitar el traslado y atención en medio libre

EL diagnóstico de prevalencia de trastornos de salud mental da cuenta que el grupo etario que presenta mayor prevalencia el último año es el grupo de 21 años o más (90%), mientras que un 71.59% de los jóvenes mayores de edad presenta algún trastorno el último año. Un porcentaje de los jóvenes mayores de edad terminarán el cumplimiento de su condena, quedando bajo la tutela de Gendarmería.

Esta institución se hará cargo de aquellos jóvenes que tras cumplir 18 años sean trasladados a las secciones juveniles que administran. Por este motivo, deberá garantizar la continuidad de cualquier tratamiento del que se encuentra participando el joven bajo la administración de SENAME. Esto supone la instalación de dispositivos de atención en salud mental y consumo problemático de drogas en las secciones juveniles administradas por Gendarmería.

Por otra parte, en los CRC Gendarmería debe actuar como facilitador en el traslado de los jóvenes a cualquier atención en medio libre, brindando las medidas de seguridad adecuadas, pero privilegiando la atención expedita.

BIBLIOGRAFÍA

Abram, K., Teplin, L., McClelland, G., & Dulcan, M. (2003). Comorbid Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Archives of General Psychiatry*, 60,1097-110.

Abram, K.M., Teplin L.A., Charles D.R., Longworth, S.L., McClelland, G.M., & Dulcan, M.K.. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 61,403-410.

American Psychological Association. (2002). *Developing adolescents: A reference for professionals*, Washington, DC: Autor. Descargado el 15 de octubre de 2010 desde <http://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>.

Andrews, D.A. & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati: Anderson (3ª edición).

Andrews, D. y Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct* (4ª ed.). Cincinnati (EEUU): Anderson Publishing Co.

Artigas-Pallares J. (2003). Comorbidad en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (Supl 1): S68-78.

Angold, A., Costello, Erkanli, A. (1999).Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.

Albert, D., & Steinberg, L. (2011). Peer influences on adolescent risk behavior. En M. Bardo, D. Fishbein, & R. Milich (Eds.), *Inhibitory control and drug abuse prevention: From research to translation*. (Part 3, pp. 211-226). New York: Springer.

APA. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Mason.

Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente: Un enfoque cultural*. México: Pearson.

Barra, E. & Méndez, P. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhé*, 17, 59-64.

Barrett, B., Byford, S., Chitsabesan, P., Kenning, C. (2006). Mental health provision for young offenders:service use and cost. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 541-546.

Batty GD, Mortensen, & E.L, Osler M. (2005). Childhood IQ in relation to later psychiatric disorder. Evidence from a Danish birth cohort study. *British Journal of Psychiatry*,187,180-181.

Berrios, C. (2011). Detección de conductas de riesgo y psicopatología en jóvenes transgresores. Presentación para el Diplomado Evaluación especializada con adolescentes infractores de ley (pág. 80). Temuco: Universidad de la Frontera.

Bernstein, J. (1996). Fragmento de la “Introducción” al test de matrices progresivas en su primera edición argentina, 9-17. En J. Raven, J.C. Raven, & J.H.Court, Test de matrices progresivas. Manual (pp.9-17). Buenos Aires: Paidós.

Biederman, J., Faraone, S., & Milberger, S. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 343.

Burke, J., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1275–1293.

Burt, S., Krueger, R., McGue, M., & Iacono, W. (2001). Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. The importance of shared environment. *Journal of Abnormal Psychology*, 516-525.

Canelo, X., Manzano, L., Piñol, D. y Viano, C. (2009) Informe de avance Investigación “Evaluación de resultados de los programas de tratamiento de alcohol y drogas (CONACE-FONASA) dirigidos a adolescentes infractores de ley, en el marco de la Ley 20.084”. Centro de Estudios de Seguridad Ciudadana (CESC), Universidad de Chile. Documento no publicado, de circulación interna.

Capdevila, M., Ferrer, M., Luque, E. (2006). La Reincidencia en el Delito en la Justicia de Menores. Colección “Justicia i Societat” Núm. 26 Barcelona: CEJFE.

Carlson, G.A. 2009. Treating the childhood bipolar controversy: A tale of two children. *American Journal of Psychiatry* 166: 18–24.

Chitsabesan, P., Kroll, L., Bailey, S., Kenning, C., Sneider, S., Macdonald, W., Theodosiou, L. (2006). Mental health needs of young offenders in custody and in the community. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 534-540.

Chu, P.S, Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 624-645.

Colins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, Schuyten G, Broekaert E, Krabbendam A (2009). Are psychotic experiences among detained juvenile offenders explained by trauma and substance use ? *Drug and Alcohol Dependence* 100, 39–46.

CONACE (2010) *Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población general de Chile, 2008. Informe principales resultados*. Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Santiago, Chile, junio de 2008.

CONACE (2011) *Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población general de Chile, 2010. Informe principales resultados*. Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Santiago, Chile

Conejero, J., & Almonte, C. (2009). Desarrollo de la orientación sexual en adolescentes de 16 a 18 años de ambos sexos de Santiago de Chile. Estudio Exploratorio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47, 201-208.

Convención Internacional de los Derechos de lNiño. Ratificada por Chile 1990.

Colins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, et al. (2010)Psychiatric disorders in detained male adolescents: A systematic literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*,55, 255–263.

Cottone, J. & Kumra, S. (2008). Children and adolescents. En K. Mueser y F. Jeste (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*. (pp. 481-480). Nueva York: Guilford.

Cova, F., Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., & Melipillan, R. (2011). Factores sociales, educacionales, familiares, inteligencia y riesgo de trastorno de conducta en adolescentes de sexo masculino. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 161-171.

Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M. & Melipillán, R. (2008).Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino. *Revista Chilena de Pediatría*, 79 607-613.

Costello EJ, Egger HL, Angold A. (2004) Developmental epidemiology of anxiety disorders. En Ollendick TH March JS(Eds.),*Phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. (pp. 61-91) NuevaYork: Oxford University Press.

Conejero, J., & Almonte, C. (2009). Desarrollo de la orientación sexual en adolescentes de 16 a 18 años de ambos sexos de Santiago de Chile. Estudio Exploratorio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47, 201-208.

Cummins, R. A. (2010). Subjective wellbeing, homeostatically protected mood and depression: A synthesis. *Journal of Happiness Studies*, 11, 1–17.

Davidson, L. M., & Demaray, M. K. (2007). Social support as a moderator between victimization and internalizing-externalizing distress from bullying. *School Psychology Review*, 36, 383–405.

Diagnóstico de salud mental psiquiátrico y propuesta de modelo de atención de niños, niñas y adolescentes de los centros de administración directa de SENAME. Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile. SENAME, 2004

Donellan, M. B., Ge, X., & Wenk, E. (2000). Cognitive abilities in adolescent-limited and life-course-persistent criminal offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 396-402.

De Ferrari (2006). Notas sobre a génesis y desarrollo de la Ley sobre Responsabilidad Penal Adolescente de Chile. Justicia y Derechos del Niño, N° 8, 113-158, Unicef Santiago.

Doreleijers, T.A., Moser, F., Thijs, P., van Engeland, H., Beyaert, F.H. (2000) Forensic assessment of juvenile delinquents: prevalence of psychopathology and decision-making at court in the Netherlands. *Journal of Adolescence*, 23, 263-275.

Douglas, N. and Plugge, E. (2006) *A Health Needs Assessment for Young Women in Young Offender Institutions*. London: Youth Justice Board.

Evans, A., McReynolds L., Wasserman G. (2006). A Cure for Crime: Can Mental Health Treatment Diversion Reduce Crime among Youth. *Journal of Policy Analysis and Management*, 25, 197-214.

Faraone, s. (2000). Genetics of Childhood Disorders: XX. ADHD, Part 4: Is ADHD Genetically Heterogeneous. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 1455-1457.

Fazel S, Doll H, Langstrom 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 and Adolescent Psychiatry* , 47, 1010-19.

Félix, V. (2007). Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes. Recuperado el 26 de Octubre de 2011, de sitio web del Dr. Vicente Félix Mateo: <http://www.uv.es/femavi/Elda2.pdf>

Fisher, P., Lucas, L., Lucas, C., Sarsfield, & Shaffer, D. (2007) Columbia University DISC Development Group: Interviewers Manual. User Manual.

Foley, R. M. (2001). Academic characteristics of incarcerated youth and correctional educational programs: A literature review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 248-259.

García R.,Correa C., & Bobadilla I. (2008). Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños y adolescentes: revision de 55 casos. *Revista de Psiquiatría Clínica*; 45, 1/2, 28-38.

Gagnon, J., Barber, B. (2010). Characteristics of and Services Provided to Youth in Secure Care Facilities. *Behavioral Disorders*, 36, 7-19.

Gould, M.S. Greenberg, T., Velting, D.W., Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.

Gretton, H. M, & Clift, R. J. W. (2011). The mental health needs of incarcerated youth in British Columbia, Canada. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 109-115.

Greene, R., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M., Goring, J., & Faraone, S. (2002). Psychiatric Comorbidity, Family Dysfunction, and Social Impairment in Referred Youth With Oppositional Defiant Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1214-1224.

Gosden, N.P., Kramp, P., Gabrielsen, G., Sestoft, D., (2003). Prevalence of mental disorders among 15-17-year-old male adolescent remand prisoners in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 102-110.

Gould, M.S. Greenberg, T., Velting, D.W., Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.

Grisso T. (2008). Adolescent offenders with mental disorders. *Future of Children*.; 18, 143-164.

Grisso, T., & Underwood, L. (2003). Screening and assessing mental health and substance use disorders among youth in the juvenile justice system. Research and Program Brief. Descargado desde http://www.ncmhjj.com/pdfs/publications/Screening_And_Assessing_MHSUD.pdf el 18 de agosto de 2011.

Grisso (2005). Why we need mental health screening and assessment in juvenile justice programs. En T. Grisso, G. Vincent, & D. Seagrave (Eds). *Mental Health Screening and Assessment in Juvenile Justice* (pp. 3-21). New York: Guilford.

Goffman, E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Madrid, Amorrotu-Murguía, 1970.

Gosden, N.P., Kramp, P., Gabrielsen, G., Sestoft, D., (2003). Prevalence of mental disorders among 15-17-year-old male adolescent remand prisoners in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 102-110.

Gretton, H., & Cliff, R. (2011). The mental health needs of incarcerated youth in British Columbia, Canada, *International Journal of Law and Psychiatry* 34, 109-115.

Gunter, T.D., Chibnall, J.T., Antoniak, S.K., Philibert, R.A. & Hollenbeck N. (2011). Predictors of suicidal ideation, suicide attempts, and self-harm without lethal intent in a community corrections sample. *Journal of Criminal Justice*, 39, 238-245.

Gutman, L. M., Sameroff, A., & Eccles, J. S. (2002). The academic achievement of African American students during early adolescence: An examination of multiple risk, promotive, and protective factors [Electronic Version]. *American Journal of Community Psychology*, 30, 367-399. Retrieved February 6, 2006 from ProQuest.

Harrington, R. and Bailey, S. (2005) Mental Health Needs and Effectiveness of Provision for Young Offenders in Custody and the Community Youth Justice Board.

Harrington R.C., Kroll, L., Rothwell J., Bradley D., Shah P., Bailey S. (2002). Mental health needs of boys in secure care for serious or persistent offending: a prospective, longitudinal study. *The Lancet*, 359, 1975-1979.

Hagell A 2002. *The mental health of young offenders - bright futures: working with vulnerable young people*. London: Mental Health Foundation

Hawkins, E. (2009) A tale of two systems: co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents. *Annual Review of Psychology*, 60,197-227.

Hein, A. (2004). Factores de riesgo y delincuencia juvenil. Revisión de la literatura nacional e internacional. Fundación Paz Ciudadana.

Hollis, C. (2008). Schizophrenia and Allied Disorders. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5ta ed., pp. 737 - 758). Malden: Blackwell.

Isen, J. (2010). A meta-analytic assessment of Wechsler's P>V sign in antisocial populations. *Clinical Psychology Review*, 30, 423-435.

Ivanovic, R., Forno, H., Duran, C., Hazbún, J., Castro, C.(2000). Estudio de la capacidad intelectual (test de matrices progresivas de Raven) en escolares chilenos de 5 a 18 años. I. antecedentes generales, normas y recomendaciones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 5-30.

Joiner Jr, T. E, Brown, J. S., Wingate, L.R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287-314.

Kandel, D.B, Johnson, J.G., Bird, H.R., Weissman, M., Goodman, S.H., Lahey, B., Regier, D.A., & Schwab-Stone, M. (1999). Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 693-699

Kapornai K, & Vetro A. (2008). Depression in children. *Current Opinion in Psychiatry*, 21,1-7.

Kipke, M. (1999). Adolescent development and the biology of puberty: Summary of a workshop on new research. Forum on Adolescence. Washington, D.C: National Academies Press. Descargado el 5 de octubre de 2010 desde <http://www.nap.edu/catalog/9634.html>.

Kuhn, D. (2006). Do cognitive changes accompany developments in the adolescent brain? *Perspectives on Psychological Science*, 1, 59–67.

Lahey, B., & Loeber, R. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and adult antisocial behavior: A life span perspective. En D. Stoff, J. Breiling, & J. Maser, *Handbook of antisocial behavior* (págs. 51-59). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Le Couteur, A., & Gardner, F. (2008) Use of structured interviews and observational methods in clinical settings. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5ta ed., pp.271 -288). Malden: Blackwell.

Leschied, A.W. (2011). Youth Justice end Mental Health in Perspective. *Healthcare quarterly*, Vol.14.

Lobato M. (2008). Equipos de tratamiento del consumo problemático de drogas de la red de salud: Percepciones, dificultades y desafíos ante la ley 20.084 sobre Responsabilidad Penal Adolescente. Tesis para optar al grado de Magister, Universidad de Chile, Departamento de psicología, Santiago, Chile, 2008.

McCarty CA, Vander Stoep A, Kuo ES, McCauley E. Depressive symptoms among delinquent youth: Testing models of association with stress and support. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2006;28:85–93

MacDermott, S.T., Gullone, E., Allen, J.S., King, N. J., & Tonge, B. (2009). The emotion regulation index for children and adolescents (ERICA): A psychometric investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 301-314.

Malecki, C.K., & Demaray, M. K. (2006). Social support as a buffer in the relationship between socioeconomic status and academia performance. *School Psychology Quarterly*, 21, 375-395.

Martínez-León, Nancy Consuelo. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 379-399.

Soutullo, C. & Mardomingo, M.J (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y Adolescente (1º ed., pp 95-110) Madrid. Ed Panamericana.

Martínez-León, N. C. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 379-399.

Mash, E. J., & Dozois, D. J. (2003). Child Psychopathology: A developmental-systems perspective. En E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 3-74). New York: The Guilford Press.

Masten, A. S., & Wright, M. O. D. (1998). Cumulative risk and protection models of child maltreatment. In B. B. R. Rossman & M. S. Rosenberg (Eds.), *Multiple victimization of children: Conceptual, developmental, research and treatment issues* (pp. 7-30). Binghamton, NY: Haworth.

Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004) 'Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology' *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45, pp. 609-621.

Meadows, S.O., Brown, J.S. & Elder, G.H. Jr. (2006). depressive symptoms stress, and support: gendered trajectories from adolescence to young adulthood. *The Journal of Youth and Adolescence*, 35, 93-103.

Miller, N.S. & Fine, J. 1993. Evaluation and acute management of psychotic symptomatology in alcohol and drug addictions. *Journal of Addictive Diseases*, 12, 59-72.

Méndez, P. & Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhé*, 17, 59-64.

Ministry of Justice, Youth Justice Board (2006), *Common Assessment Framework Asset and Onset - Guidance for youth justice practitioners*. Inglaterra.

Ministry of Justice, Youth Justice Board (2010), *National Standards for Youth Justice Service*. Inglaterra.

Ministerio de Salud (2006). Norma Técnica N° 85 Para el Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol - Drogas y otros Trastornos de Salud Mental. Resolución Exenta N° 391 del 3 de abril de 2006. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud Chile (2005). *Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia*. 1st Ed. Santiago: Minsal.

Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública - División de Prevención y Control De Enfermedades, Departamento de Salud Mental (2007). *Orientaciones Técnicas para Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Con Trastornos Mentales Usuarios del Servicio Nacional de Menores define premisas que debe regir la atención que se le entrega a esta población*.

Moffit, T., & Scott, S. (2008). Conduct Disorders of Childhood and Adolescence. En M. Rutter, *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (págs. 543-565). Blackwell Publishing Limited.

Monahan, K., Goldweber, A., & Cauffman, E. (2011). The effects of visitation on incarcerated juvenile offenders: how contact with the outside impacts adjustment on the inside. *Law and Human Behavior*, 35, 143-151.

Morde, M., Groholt, B., Kjelsberg, E., Sandstad, B., & Myhre, A. M. (2011). The Impact of ADHD and Conduct Disorder in Childhood on Adult Delinquency. Recuperado el 26 de Octubre de 2011, de BMC Psychiatry: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/57>

Disc development group (2007). Interviewer Manual (Manual del Entrevistador de Disc IV, versión 2007).

Nurmi, J.-E. (2004). SOCIALIZATION AND SELF-DEVELOPMENT: Channeling, Selection, Adjustment, and Reflection. En R. Lerner, & L. Steinberg, *Handbook of Adolescent Psychology* (Vol. II) (págs. 85-124). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Organización Mundial de la Salud(1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico.

Pacheco, M. (2008). Estrategias para motivar al cambio en personas que inicialmente no desean realizar tratamiento. Documento de apoyo docente sin publicar, en el marco del diplomado modalidad semi-presencial: Intervención en tratamiento, rehabilitación y reinserción social, en población de adolescentes infractores de ley. Ejecutado por el Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana de la Universidad de Chile.

Parra, J., & Pérez, R. (2010).Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. *Perinatología y Reproducción Humana* 24, 7-19.

Perry, A., Gilbody, S., Akers, J., Light, K. (2008). Mental health Ssource document. Youth Justice Board, Londres

Pine, D.S., & Klein, R. G. (2008) Anxiety disorders. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5ta ed., pp. 628 - 647). Malden: Blackwell.

Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2001 MINSAL.

Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, 10, 583–630.

Pontificia Universidad Católica de Chile. (2007) *Estudio de Prevalencia y Factores Asociados al Consumo de Drogas en Adolescentes Infractores de Ley*. Estudio solicitado por el Servicio Nacional de Menores, Enero. 2007.

Rapoport, J. L. and Shaw, P. (2009) Obsessive-Compulsive Disorder. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), Rutter's child and adolescent psychiatry (5ta ed., pp. 698 - 718). Malden: Blackwell.

Raine, A., Moffitt, T.A, Caspi, A, Loeber, R., Stouthamer- Loeber, M, & Lynam, D. (2005). Neurocognitive impairments in boys on the life-course persistent antisocial path. Journal of Abnormal Psychology, 114, No. 1, 38-49.

Rajput, S., Hassiotis, A., Richards, M., Hatch, S. L., & Stewart, R. (2011). Associations between IQ and common mental disorders: The 2000 British National Survey of Psychiatric Morbidity. European Psychiatry, 26, 390-395.

Raven, J. (2000). The Raven's progressive matrices: Change and stability over culture and time. Cognitive Psychology, 41, 1-48.

Richards, K. (2011). What makes juvenile offenders different from adult offenders?. Trends & issues in crime and criminal justice. No. 409. Australian Government. Australian Institute of Criminology.

Rigau, E., García, C., & Artigas, J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. Revista de Neurología, 83-88.

Rigau, E., García, C., & Artigas, J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. Revista de Neurología, 83-88.

Riggs, P. (1998). Clinical approach to treatment of ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 331-332.

Rioseco, P., Vicente, B., Saldivia, S., Cova, F., Melipillán, R. & Rubí, P. (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, 47, 3, 190-200.

Saldivia S, Vicente B, Valdivia M, Zúñiga M, Llorente C, Condeza M.I.(2008). Validación de la entrevista diagnóstica estructurada DISC-IV para la identificación de trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes chilenos. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría; 62: 86. (Suplemento).

Schneiders, J., Nicolson, N., Berkhof, J., Feron, F., de Vries, M., & van Os, J. (2007). Mood in daily contexts: Relationship with risk in early adolescence. Journal of Research on Adolescence, 17, 697-722.

Seidman, E., Allen, L., Aber, J.L., Mitchell, C., Feinman, J., Yoshikawa, H., Comtois, K.A., Golz, J., Miller, R.L., Ortiz-Torres, B., Roper, G.C. (1995). Development and validation of adolescent

perceived microsystem scales: social support, daily hassles, and involvement. *American Journal of Community Psychology*, 23, 355 - 388.

SENAME(2011). Departamento de Justicia juvenil. Orientaciones Técnicas para la Intervención Centros de Cumplimiento de Condena. Régimen Cerrado con Programa de Reinserción Social. Gobierno de Chile

SENAME, (2010). *Informe de diagnóstico de la implementación de la Ley 20.084*. Santiago.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M. & Schwab-Stone, M. (2000). Nihm Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.

Skowrya, K.R., Cocozza, J.J. (2001), *Blueprint for Change: A Comprehensive Model for the Identification and Treatment of Youth with Mental Health Needs in Contact With the Juvenile System*. National Center for Mental Health and Juvenile Justice.

Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 57, 255–284.

Soto, P.. & Viano, C. (2007). La ley de responsabilidad adolescente. Una historia por escribir. *Boletín de Debates Penitenciarios N°4 CESC- Universidad de Chile*, páginas 34-35.

Steinberg, L. (2005). Adolescence. En K. Krapp & J Wilson (Eds.). *The Gale encyclopedia of children's health. Infancy through adolescence* (pp.32-36). Detroit: Thompson Gale.

Stowell, R., & Estroff, T. (1992). Psychiatric disorders in substance-abusing adolescent inpatients: A pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1036-1040.

Susman, E. J., & Dorn, L. D. (2009). Puberty: Its role in development. En R. Lerner, y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3ª Edición). Volumen I: Individual bases of adolescent development (pp. 116-151). Hoboken, NJ: Wiley.

Travis, J. & Petersilia J.,(2001). Reentry reconsidered: A new look at an old questions. *Crime and Delinquency*, 47, 219-313.

Teplin L.A., Abram K.M., McClelland G.M., Dulcan M.K., & Mericle A.A. (2002). Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 59, 1133-1143.

Tsukame, A. (2004) Marco general de interpretación y estrategias de reinserción social en adolescentes infractores de la ley penal. *Revista de la Academia N° 11*: pp. 107-137. Chile.

Universidad Católica de Chile (2007). Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley .

Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2009) Youth developmental assets and perceived life satisfaction: Is there a relationship?. *Applied Research Quality of Life*, 4, 315.

Vanderschueren y Lunecke (2004). Prevención de la Delincuencia Juvenil. División de Seguridad Ciudadana, Ministerio del Interior. Santiago de Chile.

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Vaughn, M.G., Freedenthal, S., Jenson, J.M., & Howard, M.O. (2007). Psychiatric symptoms and substance use among juvenile offenders: A latent profile investigation. *Criminal Justice and Behavior*; 34:1296–1312.

Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., De la Barra, F., Valdivia, M., Melipillán, R., y otros. (2010). Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín. *Revista Médica de Chile* , 965-973.

Vicente, B., De la Barra, F., Saldivia, S., Kohn, R., Rioseco, P. & Melipillán, R. (2011). Prevalence of child and adolescents psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (en prensa)

Villagra, C. (2011) Estudio Comparado de Reincidencia. Aspectos criminológicos. Documento no publicado, elaborado en el contexto del Proyecto de la Fundación Ford “Mecanismos para Promover la Reintegración Social a partir del Estudio de la Reincidencia”.

Wasserman, G.A., & MacReynolds, L.S. (2006). Suicide Risk at Juvenile Justice Intake. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 239-249.

Wasserman, G., Ko, S., & McReynolds, L. (2004) Assessing the mental health status of youth in juvenile justice settings. *Juvenile Justice Bulletin*.

Weems, C. F. & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 656-653.

Weiss, R. D., Mirin, S. M., & Frances, R. J. (1992). The myth of the typical dual-diagnosis patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 107–108.

Wiener, J.M. & Duncan, M.K. (2006). Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Masson.

Young, D.W., Farrell, J.L., Henderson, C.E., Taxman, F.S. (2009). Filling service gaps: Providing intensive treatment services for offenders. En *Drug and Alcohol Dependence* 103: 33–42.

Youth Justice Board (2003). Screening for mental disorder in the youth justice system: Supporting notes. Youth Justice Board, Londres.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de variables e instrumentos a analizar

Variables	Indicadores	Información secundaria	Entrevista con profesionales de CRC	Entrevistas con sistema judicial	Entrevista con operadores a nivel central	Grupos focales	Pauta de observación
Análisis experiencias internacionales	Indicaciones/ estudios internacionales	X					
Análisis orientaciones técnicas y manuales	Orientaciones Técnicas (uso y procedimientos asociados)	X					
Condiciones físicas para la atención	Disposición Box u oficinas privadas para la atención en salud mental		X		X		X
	Lugar de almacenamiento de medicamentos seguro		X		X		X
	Cuenta con condiciones físicas acondicionadas para situaciones de urgencia		X		X		X
	Condiciones de resguardo en las casas				X		X
	Disposición de espacios para toma de exámenes médicos		X		X		X
Registro y sistematización de la información	Registro de diagnósticos de salud mental		X		X		X
	Registro de atenciones de salud mental		X		X		X
	Registro y control de entrega de medicamentos		X		X		X
	Registro de información sobre atenciones de salud mental en el sistema público		X		X		X
	Entrega de información de los jóvenes al sistema de salud público		X		X		X
	Registro de situaciones de emergencia en libro de observaciones o novedades		X		X		X
	Uso de consentimiento informado ante la atención de salud mental		X		X		X
Recursos Humanos	Recursos humanos especializado destinado a la atención en salud mental		X		X		X
	Recursos humanos capacitados		X		X	X	

Variables	Indicadores	Información secundaria	Entrevista con profesionales de CRC	Entrevistas con operadores del sistema judicial	Entrevista con operadores a nivel central	Grupos focales	Pauta de observación
Identificación de los servicios disponibles en el CRC	Identificación y diagnóstico de los casos		X		X	X	
	Tipo de prestaciones en salud mental disponibles al interior del CRC		X		X	X	
	Procedimientos de despacho y entrega de medicamentos		X		X	X	
	Tiempo de espera para recibir atención al interior del CRC		X		X	X	
	Duración y periodicidad de la intervención o atención		X		X	X	
	Cobertura para cada tipo de prestación				X	X	X
Etapas y actores involucrados en proceso de trabajo en red	Participación de la familia de los jóvenes en la atención en salud mental entregada a los jóvenes		X		X	X	
	Criterios de derivación al sistema de salud pública		X		X	X	
	Procedimientos de derivación al sistema de salud pública		X		X	X	
	Etapas y procesos asociados a la atención por parte del sistema de salud pública		X		X	X	
	Interacción y coordinación entre actores		X		X	X	
	Procedimientos de despacho y entrega de medicamentos		X		X	X	
	Participación de la familia de los jóvenes en la atención en salud mental entregada a los jóvenes		X		X	X	
	Acceso a servicios de salud mental pública según tipo de población (hombres/mujeres; menores/mayores de edad)		X		X	X	

	Uso de consentimiento informado ante la atención de salud mental		X		X	X	
	Procesos de seguimiento de los usuarios en atención en el sistema público de salud		X		X	X	
Variables	Indicadores	Información secundaria	Entrevista con profesionales de CRC	Entrevistas con operadores del sistema judicial	Entrevista con operadores a nivel central	Grupos focales	Pauta de observación
Demanda y necesidad de atención	Prevalencia de trastornos mentales		X		X	X	
	Demanda no satisfecha		X		X	X	
	Recursos necesario para satisfacer demanda no satisfecha		X		X	X	
	Procesos y derivaciones necesarias para satisfacer demanda no satisfecha		X		X	X	
	Características de prestaciones en salud mental		X		X	X	
Calidad de la atención en el sistema de salud público	Tiempo de espera para recibir atención		X		X	X	
	Duración y periodicidad de la intervención o atención		X		X	X	
	Tipos y cobertura de actividades realizadas y pertinencia para el logro de objetivos.		X		X	X	
	Percepción de los operadores sobre la calidad de la atención que presta el sistema de salud público		X		X	X	
Rol y percepción actores judiciales	Diagnóstico de problemas de salud mental en el proceso de investigación		X	X	X		
	Administración de condenas según problemas de salud mental		X	X	X		
	Procedimientos judiciales asociados a la atención en salud mental		X	X	X		

ANEXO 2: Pautas de entrevista Semiestructurada

Pauta de Entrevista a directores, jefes técnicos o encargados de salud de CRC

Cuentan con orientaciones técnicas para la atención de salud mental en el CRC. Si cuenta con ellas descríbalas brevemente.

Respecto al diagnóstico, ¿Existen procedimientos estandarizados en la realización de diagnósticos en salud mental?, ¿Cuál es el procedimiento para la realización de los diagnósticos? ¿Qué tipo de diagnósticos se realizan en salud mental? ¿Quiénes son los encargados de realizar esos diagnósticos?, ¿Cuáles son los criterios para realizar un diagnóstico de salud mental? ¿Qué instrumentos se utilizan para identificar casos con potenciales problemas de salud mental? ¿Cómo se registran los diagnósticos realizados?

Una vez diagnosticado un caso, ¿cuál es el procedimiento que le continúa a seguir? (Descripción y tiempos que toma), ¿Es un procedimiento conocido por todos?

Describe el tipo de atenciones que se entregan en salud mental al interior del CRC, ¿Cuáles son sus objetivos?, ¿Qué tipo de actividades se realizan?, ¿Cuál es el tiempo de espera para recibir estos servicios?, ¿Cuál es la duración y periodicidad de las prestaciones?, ¿Cómo se registran las atenciones en salud mental?, ¿Cómo evalúa usted este procedimiento?, ¿En que medida se incorpora a la familia del os jóvenes en estas intervenciones a través de información o participación?

Describe los recursos humanos destinados a la atención en salud mental en el CRC. ¿con que tipo de recursos humanos especializados cuenta el CRC?, ¿los recursos humanos destinados a atención en salud mental tienen un rol o función definido? ¿realizan tareas múltiples o se destinan exclusivamente a la atención en salud mental?, ¿otros operadores o profesionales del CRC cuentan con capacitación para realizar diagnósticos, atenciones de emergencia y otras atenciones en salud mental?, ¿los profesionales cuentan con formación, capacitación y supervisión clínica específica CONTINUA en diferentes problemas en Salud mental?, ¿Debiese haber más recurso humano o recurso más capacitados?

¿Cuál es el procedimiento de entrega de medicamentos a usuarios?, ¿Cómo se registra y controla la entrega de medicamentos a los usuarios? ¿Cómo se almacenan estos medicamentos? ¿Conoce la norma para el almacenamiento de fármacos?, ¿Cómo se realiza el despacho de recetas de medicamentos? ¿Qué pasa con los fármacos prescritos en el extrasistema? ¿Los despachan en la red o los deben comprar?

Describe el procedimiento de derivación de los usuarios al sistema de salud pública, ¿Cuáles son los criterios de derivación?, ¿Cuál es el procedimiento de derivación?, ¿Cuáles son las etapas y procesos asociados a la atención por parte del sistema de salud pública? , ¿Cómo evalúa usted este procedimiento?, ¿Cómo se podría mejorar este procedimiento?

Describe las características de las prestaciones en salud mental a las que acceden en el sistema de salud pública, ¿Qué tipo de actividades o prestaciones reciben los usuarios del sistema de salud pública?, ¿cuál es el tiempo de espera para recibir atención?, ¿Cuál es la duración y periodicidad de la intervención o atención?, ¿En que medida se incorpora a la familia del os jóvenes en estas intervenciones a través de

información o participación?, ¿Cómo se realiza el monitoreo o seguimiento de los usuarios que reciben atención prolongada en el sistema de salud pública?, ¿Cuáles identifica usted son los principales obstáculos en estas prestaciones?, ¿Cómo se podrían solucionar esas dificultades?

Describa el tipo de registro que se realiza en torno a las prestaciones de salud mental ¿se registran los diagnósticos en salud mental en la carpeta del joven?, ¿Cómo se registran las urgencias en salud mental en la carpeta del joven? ¿Cómo se registra esta atención que reciben en la red pública?, ¿Cómo se entrega a la red pública la información del joven? ¿Cuentan con datos estadísticos al interior del centro (SENAINFO) en relación con las salidas de jóvenes para la atención en salud mental fuera de los CRC, las que atiende CONACE u otra organización?

¿Los educadores cuentan con protocolos de observación para identificar emergencias de salud mental(ej. adolescentes medicados, riesgo suicida, etc.)?

Usted conoce cuáles son las patologías GES de Salud Mental y cómo y dónde están resolviendo estas demandas.

¿Existen diferencias en las prestaciones entregadas a hombres o mujeres o según si los jóvenes son menores o mayores de edad?

Describa las diferentes instituciones a las que se deriva a los jóvenes para atención en salud mental, ¿Cuáles son sus diferencias, facilidades y obstáculos para la derivación?

¿Existen espacios destinados exclusivamente a la atención en salud mental de los usuarios? Si no existen, ¿dónde se realizan esas prestaciones? ¿Cree que es una temática importante en el trabajo con esta población?, ¿Debiesen mejorar las condiciones de atención?, ¿Por qué?, ¿Cómo?

¿Cuáles son los procedimientos judiciales asociados a la prestación de atención en salud mental en el media externo?, ¿cómo se administran las condenas ante problemas de salud mental severos?

¿Cuáles son las demandas y necesidades de atención de los jóvenes del CRC?, ¿Cuál es la prevalencia de problemas de salud mental en el CRC?, ¿Cuál es la demanda de atenciones de salud mental para esta prevalencia?, ¿Cuáles son los recursos necesarios para satisfacer esta demanda?, ¿Cuáles son los procedimientos necesarios para satisfacer esta demanda?

Pauta para Grupo focal CRC

Respecto al diagnóstico, ¿Existen procedimientos estandarizados en la realización de diagnósticos en salud mental?, ¿Cuál es el procedimiento para la realización de los diagnósticos? ¿Qué tipo de diagnósticos se realizan en salud mental? ¿Quiénes son los encargados de realizar esos diagnósticos?, ¿Cuáles son los criterios para realizar un diagnóstico de salud mental? ¿Qué instrumentos se utilizan para identificar casos con potenciales problemas de salud mental? ¿Cómo se registran los diagnósticos realizados?

Una vez diagnosticado un caso, ¿cuál es el procedimiento que le continúa a seguir? (Descripción y tiempos que toma), ¿Es un procedimiento conocido por todos?

Describa el tipo de atenciones que se entregan en salud mental al interior del CRC, ¿Cuáles son sus objetivos?, ¿Qué tipo de actividades se realizan?, ¿Cuál es el tiempo de espera para recibir estos servicios?, ¿Cuál es la duración y periodicidad de las prestaciones?, ¿Cómo se registran las atenciones en salud mental?, ¿Cómo evalúa usted este procedimiento?, ¿En que medida se incorpora a la familia del os jóvenes en estas intervenciones a través de información o participación?

Describa el procedimiento de derivación de los usuarios al sistema de salud pública, ¿Cuáles son los criterios de derivación?, ¿Cuál es el procedimiento de derivación?, ¿Cuáles son las etapas y procesos asociados a la atención por parte del sistema de salud pública? , ¿Cómo evalúa usted este procedimiento?, ¿Cómo se podría mejorar este procedimiento?

Describa las características de las prestaciones en salud mental a las que acceden en el sistema de salud pública, ¿Qué tipo de actividades o prestaciones reciben los usuarios del sistema de salud pública?, ¿cuál es el tiempo de espera para recibir atención?, ¿Cuál es la duración y periodicidad de la intervención o atención?, ¿En que medida se incorpora a la familia del os jóvenes en estas intervenciones a través de información o participación?, ¿Cómo se realiza el monitoreo o seguimiento de los usuarios que reciben atención prolongada en el sistema de salud pública?, ¿Cuáles identifica usted son los principales obstáculos en estas prestaciones?, ¿Cómo se podrían solucionar esas dificultades?

¿Cuáles son las demandas y necesidades de atención de los jóvenes del CRC?, ¿Cuál es la prevalencia de problemas de salud mental en el CRC?, ¿Cuál es la demanda de atenciones de salud mental para esta prevalencia?, ¿Cuáles son los recursos necesarios para satisfacer esta demanda?, ¿Cuáles son los procedimientos necesarios para satisfacer esta demanda?

Pauta de entrevista a representantes del sistema judicial

Desde la perspectiva del sistema judicial, ¿Cuáles son las demandas y necesidades de atención de los jóvenes del CRC?, ¿Cuál es la prevalencia de problemas de salud mental en el CRC?, ¿Cuales son los problemas de salud mental específicos al cumplimiento de condena en medio cerrado?, ¿Cuál es la demanda de atenciones de salud mental para esta prevalencia?, ¿Cuáles son los recursos necesarios para satisfacer esta demanda?, ¿Cuáles son los procedimientos necesarios para satisfacer esta demanda?

¿Cuál es el rol de tribunales frente a los problemas de salud mental de los jóvenes que enfrentan procesos penales?

¿En qué momento el tribunal puede tomar conocimiento de la situación de salud mental de un/a adolescente que entra en conflicto con la justicia? ¿Cuáles son las fuentes de información para que el tribunal pueda tomar conocimiento de ello?

¿Cómo se pesquisan casos con posibles problemas de salud mental en el proceso de investigación de una causa?, ¿Cómo se recaban antecedentes respecto a la salud mental de los jóvenes?

¿Cuál es el procedimiento para la toma de decisiones respecto a casos con problemas de salud mental una vez que se toma conocimiento de que existe la problemática?

¿Cuál es el rol de cada uno de los actores judiciales al pesquisar un problema de salud mental?

¿Cuales son los problemas de salud mental que pesquisan en etapas iniciales del proceso?

¿Cuáles son las posibilidades del sistema de administración de la pena en relación a la salud mental de los jóvenes al dictar una condena?

¿Cómo incide la situación de salud mental de un adolescente en las distintas etapas de su proceso judicial? Por ejemplo respecto de la administración de penas o medidas accesorias?, ¿Qué alternativas existen para aquellos casos en los cuales los problemas de salud mental requieren tratamiento urgente?, ¿Cuáles son las posibilidades del sistema de cambio de modalidad de condena durante su cumplimiento por problemas de salud mental del joven?

Desde el punto de vista judicial, ¿cuál es el proceso a seguir con los casos que presentan problemas de salud mental estando condenados en régimen cerrado?

¿Cómo los defensores acceden información respecto a la salud mental de los jóvenes durante el cumplimiento de condena?

¿Cómo evaluaría la respuesta del sistema judicial ante las necesidades de los adolescentes infractores de ley con problemas de salud mental?, ¿Que dificultades ha detectado en relación con el tema?

¿Cuales son los problemas de salud mental que pesquisan durante el cumplimiento de condena?, ¿Cual es su impresión sobre el manejo que hacen los CRC de esos casos pensando que los defensores deben procurar resguardar los derechos procesales de los adolescentes?

Anexo 3: Pauta de observación

Pauta de observación CRC

Nombre del Investigador:	
Nombre del Centro:	
Fecha de la visita:	

Consulte por el número de horas disponibles en el centro de cada uno de los siguientes profesionales y su función:		
Profesional	Horas semanales	Función
Psiquiatra infanto – juvenil		
Medico general		
Psiquiatra General		
Psicólogo		
enfermero/a		
Técnico Paramédico		

Consulte por el tipo de prestaciones disponibles en salud mental, sus características y su cobertura mensual		
Prestación	Jóvenes que atiende mensualmente	Descripción

--	--	--

Observe la existencia de los siguientes ítems:	Si	No	Observaciones
--	----	----	---------------

¿Existe manual de procedimientos en caso de emergencias de salud mental?			
14. Pida ver un ejemplar del manual de procedimiento			
15. ¿Existe un botiquín de primeros auxilios?			
16. Pida ver el botiquín			
17. ¿Existe un flujograma de derivación a servicios de salud?			
18. Pida ver un ejemplar del flujograma			
19. ¿Se registran por escrito los diagnósticos de salud mental?			
20. Pida ver un ejemplar de diagnóstico			
21. ¿Se registran las atenciones médicas en salud mental al interior del CRC?			
22. Pida ver un ejemplar de registro			
23. ¿Se registran las atenciones médicas en salud mental realizadas en el sistema público o privado de salud?			
24. Pida ver un ejemplar de registro			
25. ¿Existe registro de antecedentes relevantes para diagnóstico psiquiátrico en el expediente del adolescente?			
26. Pida ver un ejemplar de registro			
27. Se utiliza el consentimiento informado de los jóvenes para la atención de salud mental			
28. Pida ver un ejemplar de registro			
29. ¿Cuentan con un lugar de almacenamiento de medicamentos?			
30. Pida ver el lugar			
31. ¿El lugar de almacenamiento de medicamentos se encuentra debidamente resguardado?			
32. ¿El lugar de almacenamiento de medicamentos se encuentra cerrado y seguro?			
33. ¿Se registra la entrega de medicamentos?			
34. Pida ver un ejemplar de registro			
35. Observe la fecha de vencimiento de algunos medicamentos			
36. ¿Cuentan con un libro de anotaciones o novedades en cada casa?			
37. Pida ver un ejemplar del libro de anotaciones o novedades			
38. ¿Se registran en el libro de anotaciones o novedades las urgencias en salud mental?			

Pauta de observación de la infraestructura

A continuación debe contemplar los siguientes campos realizando un recorrido del CRC y observando las instalaciones disponibles para diversas atenciones en salud mental

Observe la existencia de box u oficinas de atención en salud mental individual

Existe	Si	
	No	
Numero:		
Uso	Multiuso	
	Exclusivo	
Privado	Si	
	No	
Observaciones		

Observe la existencia de box u oficinas de atención en salud mental grupal

Existe	Si	
	No	
Numero:		
Uso	Multiuso	
	Exclusivo	
Privado	Si	
	No	
Observaciones		

Observe la existencia de box u oficinas destinadas a la toma de muestras médicas

Existe	Si	
	No	
Numero:		
Uso	Multiuso	
	Exclusivo	
Privado	Si	
	No	
Observaciones		

Observe la existencia de oficinas para la atención de urgencias psiquiátricas (Agitación psicomotora o intento de suicidio)

Existe	Si	
	No	
Numero:		
Uso	Multiuso	
	Exclusivo	
Privado	Si	
	No	
Cuenta con algún tipo de vigilancia	Si	
	No	
Describa el tipo de vigilancia con la que cuentan estas instalaciones		
Observe y describa las condiciones de seguridad de la sala		
Observaciones		

--

Observe la existencia de instalaciones para jóvenes que requieren de aislamiento prolongado:

Existe	Si	
	No	
Numero:		
Uso	Multiuso	
	Exclusivo	
Privado	Si	
	No	
Cuenta con algún tipo de vigilancia	Si	
	No	

Describe el tipo de vigilancia con la que cuentan estas instalaciones
Observe y describa las condiciones de seguridad de la sala
Observaciones

Observe las condiciones de seguridad de las casas de los jóvenes

	Si	No
La infraestructura permite el acceso expedito a las habitaciones en caso de urgencias		
La infraestructura permite la supervisión de los jóvenes		
Observaciones		

--

Escriba su apreciación general de las áreas destinadas a atención en salud mental. (Tipo de construcción, acceso, privacidad, entre otros)
--

--

Anexo 4: Catastro de recursos humanos destinados a atención en salud mental en los CRC

CATASTRO DE PROFESIONALES Y FUNCIONES				
Región Metropolitana				
Profesional	San Bernardo		Santiago	
	Horas semanales	Función	Horas semanales	Función
Psiquiatra Infanto – juvenil	22	Existe sólo el profesional del programa de CONACE, quien atiende principalmente a los jóvenes de este programa. Atiende a 60 casos.	22	Existe sólo el profesional del programa de CONACE, quien atiende principalmente a los jóvenes de este programa
Medico general	15	Asisten médicos del consultorio	5	Asiste una vez a la semana media jornada
Psiquiatra General	0	No existe	0	No existe
Psicólogo	220	Existe un psicólogo por casa, en total son 5 psicólogos con funciones de interventor clínico	44	Existe un psicólogo para el centro con funciones de interventor clínico
Enfermero/a	0	No existe	44	Existe una casa destinada a enfermería
Técnico Paramédico	44	Existe una enfermería que presta servicios de urgencias entre las que destacan las lesiones. Señalan que funciona sin ajustarse a las normativas porque no está estipulado que los centros puedan tener este servicio en su interior.	0	No existe

CATASTRO DE PROFESIONALES Y FUNCIONES V y VI región				
Profesional	Limache		Graneros	
	Horas semanales	Función	Horas semanales	Función
Psiquiatra Infanto - juvenil	0	No existe	0	No existe.
Medico general	11	Realiza principalmente diagnóstico y derivación	2	Existen visitas periódicas (cada 15 días) realizadas por un médico general proveniente del sistema de salud público. Su función es la de efectuar exámenes en materia de salud general de la población, verificando la existencia de cualquier tipo de patología, entregando el tratamiento correspondiente junto con la prescripción del medicamento. (El cual es administrado por el paramédico).
Psiquiatra General	0	No existe	0	No existe Psiquiatra exclusivo, las horas son solicitadas al sistema de salud público, específicamente al Hospital de Graneros, pero este no cuenta con especialista, por lo cual la atención es entregada por un médico de medicina general quien realiza las intervenciones a modo de consultas, siendo estas. Las atenciones relacionadas con consumo problemático de drogas y alcohol y los síndromes relacionados a la privación de estos son atendidos específicamente por el psiquiatra del programa Pukem, dependiente del SENDA.

CATASTRO DE PROFESIONALES Y FUNCIONES V y VI región				
Profesional	Limache		Graneros	
	Horas semanales	Función	Horas semanales	Función
Psicólogo	352	Existen 8 interventores clínicos	44	La función es ejercida por el Interventor Clínico, quién además es Encargado de Caso de los jóvenes pertenecientes a Casa 1. Está a cargo de realizar un perfil psicológico de cada uno de los jóvenes infractores de ley pertenecientes al CRC de Graneros, junto con la detección de situaciones en donde se detecten algún tipo de patología, ya sea inherente a estos o como resultado de los efectos de prisionización y de abstinencia de consumo de drogas y alcohol.
Enfermero/a	0	No existe	0	No existe Enfermero/a
Técnico Paramédico	24		44	Su función es la de entregar atención en materia de salud general, junto con la administración de los medicamentos.

Anexo 5: Catastro de las prestaciones que abordan la salud mental disponibles en los CRC

PRESTACIONES DISPONIBLES EN CRC SAN BERNARDO		
Prestación	Jóvenes que atiende mensualmente	Descripción
Atención psicológica	128	Atención cada 15 días. No cubre a la totalidad de internos debido a sobre población. Se trata de 1 psicólogo “interventor clínico” por casa (4). Cada uno de ellos atiende de 15 a 32 casos.
Atención psiquiátrica	60	Psiquiatra de programa SENDA. Si bien el centro cuenta un pequeño ítem de recursos para contratar a otro psiquiatra. No hay encontrado un médico interesado.

PRESTACIONES DISPONIBLES EN CRC SANTIAGO		
Prestación	Jóvenes que atiende mensualmente	Descripción
Atención psicológica	10	Se trata de 1 psicólogo “interventor clínico” para el centro de mujeres.
Atención psiquiátrica	15	Psiquiatra de programa de SENDA

PRESTACIONES DISPONIBLES EN CRC LIMACHE		
Prestación	Jóvenes que atiende mensualmente	Descripción
Atención psicológica	2 veces mensuales cada joven	Evaluación de consumo problemático de sustancias. Actividades individuales, motivación al cambio de la conducta delictiva. Contención individual
Actividades Grupales		A través de actividades grupales, se trata de abordar la responsabilización de la conducta delictiva
Psicoterapia Familiar		Se realizan algunas actividades con las familias, donde se realiza psicoeducación y reparación vincular
Tratamiento Farmacológico		El tratamiento farmacológico implica la atención en la red pública, sin embargo, en los CRC debe realizarse la compra y administración de los fármacos

PRESTACIONES DISPONIBLES EN CRC GRANEROS		
Prestación	Jóvenes que atiende mensualmente	Descripción
Atención Psiquiátrica	32 (exclusivos).	El psiquiatra atiende a jóvenes que participan del dispositivo de SENDA. Su objeto es prestar atención en materia de consumo problemático de drogas y alcohol, mediante tratamiento ambulatorio durante un período determinado, junto con la prescripción y atención farmacológica correspondiente.
Atención Psicológica	70	El interventor clínica del CRC está a cargo de la elaboración de perfiles psicológicos de cada uno de los jóvenes del CIP.CRC de Graneros, mediante la aplicación de diferentes test (no definidos por instructivos, opera el criterio del profesional). Atiende de manera exclusiva aquellos casos que son derivados a CASA 1, y que guardan relación con jóvenes que presentan síndrome de prisionización y vulnerabilidad por parte del resto de la población.

Anexo 6: Catastro de la infraestructura disponible para atención en salud mental

OBSERVACIÓN DE INFRAESTRUTURA CRC San Bernardo				
Infraestructura	Número	Uso	Privado	Observaciones
Box u oficinas de atención en salud mental individual	3	Exclusivo	Si	Existe un box por casa, sin embargo, una de las casas no se cuenta con oficinas de atención individual
Box u oficinas de atención en salud mental grupal	5	Multiuso	Si	Actualmente no se realizan talleres de salud mental grupal, estas se realizaron hasta el año 2010. En la actualidad estas salas son utilizadas para talleres manuales y capacitaciones. Las capacitaciones no cuentan con certificación.
Box u oficinas destinadas a la toma de muestras médicas	3	Exclusivo	Si	Estos Box se ubican en la enfermería
Oficinas para la atención de urgencias psiquiátricas	3	Multiuso	Si	Cuenta con vigilancia, ya que se encuentran en la enfermería.
Instalaciones para jóvenes que requieren de aislamiento prolongado	1	Multiuso	No	Se envía a los jóvenes a la casa donde están quienes han tenido problemas conductuales. Cuentan con vigilancia debido a que allí se envían a quienes han tenido problemas de conducta que implique riesgo para él o los demás internos.

OBSERVACIÓN DE INFRAESTRUTURA CRC Santiago				
Infraestructura	Número	Uso	Privado	Observaciones
Box u oficinas de atención en salud mental individual	4	Exclusivo	Si	Una de las casas no cuenta con oficina de atención individual
Box u oficinas de atención en salud mental grupal	5	Multiuso	Si	En la actualidad las salas para actividades grupales son utilizadas por talleres manuales y capacitaciones y actividades de la escuela.
Box u oficinas destinadas a la toma de muestras médicas	1	Multiuso	Si	Se ubican en la enfermería y también es utilizado para la atención del medico general. Se trata de una casa de enfermería donde además están las jóvenes con bebés.
Oficinas para la atención	0			Frente a emergencias no cuentan

de urgencias psiquiátricas				con un espacio.
Instalaciones para jóvenes que requieren de aislamiento prolongado	1	Multiuso	Privada	Hay una casa destinada a aislamiento de los jóvenes, donde la encargada de casa que es la enfermera. Esta casa no cuenta con medidas especiales de seguridad

OBSERVACIÓN DE INFRAESTRUTURA

CRC Graneros

Infraestructura	Número	Uso	Privado	Observaciones
Box u oficinas de atención en salud mental individual	6	Multiuso	Si	Estos corresponden a las oficinas de los Encargados de Caso (5). Medianamente privadas. Además existe una dependencia del programa SENDA que cumple con mejores condiciones
Box u oficinas de atención en salud mental grupal	0			No existe
Box u oficinas destinadas a la toma de muestras médicas	1	Multiuso	No	Se encuentra en enfermería y es de atención general.
Oficinas para la atención de urgencias psiquiátricas	0			No existe
Instalaciones para jóvenes que requieren de aislamiento prolongado	0			No existe

OBSERVACIÓN DE INFRAESTRUTURA

CRC Limache

Infraestructura	Número	Uso	Privado	Observaciones
Box u oficinas de atención en salud mental individual	1	Multiuso	No	La sala de la escuela es utilizada con este fin en sus momentos libre
Box u oficinas de atención en salud mental grupal	1	Multiuso	No	La sala de la escuela es utilizada con este fin en sus momentos libre
Box u oficinas destinadas a la toma de muestras médicas	1	Exclusivo	Si	
Oficinas para la atención de urgencias psiquiátricas	1	Multiuso	Si	Sólo el paramédico tiene acceso a la sala de enfermería, donde además las ventanas cuentan con protección.
Instalaciones para	0			No existe

jóvenes que requieren de aislamiento prolongado				
---	--	--	--	--

Anexo 7: Citas de entrevistas (Diagnóstico de Redes de Atención)

A continuación se presentan referencias de las entrevistas desde las cuales se construyó el diagnóstico de redes.

i “Básicamente se remite a problemas del nivel de inteligencia. Niveles limítrofes de inteligencia, es básicamente eso lo que se remite en los informes”. (Fiscal).

“(Hay trastornos) que son detectados posteriormente, por ejemplo, si compartidas, trastornos mentales, intelectuales, de sueño, deficiencias intelectuales significativas.” (Coordinadora de Justicia Juvenil SENAME).

ii “Droga, lo que se pesquisa principalmente es que los chiquillos tienen descompensación por droga, síndrome de abstinencia. Lo que pasa es que el de droga es el más fácil de detectar, porque los síntomas son evidentes, el chiquillo generalmente reconoce el consumo”. (Coordinadora de Justicia Juvenil SENAME).

“No recuerdo cuál es el número exacto, pero me atrevería decirte más de la mitad de la gente que nosotros atendemos tiene o presenta un consumo abusivo y de esa mayoría un alto porcentaje presenta trastornos derivados al consumo abusivo de las sustancias” (Defensor).

iii “hay tantos jóvenes que tenemos privados de libertad que tienen una patología dual” (Profesional CRC).

“los jóvenes vienen con patologías duales muchas veces, el tema drogas, y la mayoría está asociada también a ciertas patologías de salud mental” (Profesional CRC)

iv “los problemas de salud mental están asociados completamente al consumo de drogas, las patologías dual, como se dice, son consumos problemático o consumo habitual que tienen los jóvenes que al ingresar a los centros privativos de libertad, en el caso de privados de libertad, sufren síndrome de abstinencia entonces eso le genera grandes conflictos y muchas veces desata algunas patologías mentales que son desconocidas hasta el momento”. (Ministerio de Justicia).

v “creo que los trastornos más agudos, los trastornos a nivel psicosocial, como también a aquellos que están más vinculados a temas de desarrollo, yo creo que hay que diferenciar entre síntoma y trastornos porque hay harta presencia de síntoma pero no necesariamente de trastorno, que puede llegar a constituir un trastorno... la mayor prevalencia que he visto es con problemas de personalidad con hiperactividad no tratada o hiperactividad tratada pero con elementos dejados así, trastornos o posicionamiento desafiante, disfunción o familias multi-problemáticas, a veces retardo mental, yo principalmente diría que hiperactividad y déficit atencional mucho, y no tratado o con tratamiento inconclusos. La línea de la impulsividad completa.” (SENDA).

“el efecto del encierro, el hecho de estar privado de libertad sin duda tiene un impacto a nivel de la vida emocional y anímica de los chiquillos que es muy grande.” (SENAME).

“El tema del impacto de la prisionización para mí genera dudas sobre la prevalencia de salud mental en el interior, yo no creo, y lo digo bien honestamente, yo no creo que tengamos un alto número de jóvenes que están con problemas de salud mental creo el equipo no sabe diagnosticar el efecto de la prisionización (...) porque el chico pasa a ser nada al interior, ¿por qué cuando llegan al centro nuestro empiezan con la sintomatología?” (Coordinadora Justicia Juvenil SENAME).

vi “lo que pasa en la salud mental en los chicos cuando recién ingresan que tiene que ver con todas estas desadaptaciones, trastornos adaptativos o que van vinculados con el hecho de pasar de medio libre a un sistema cerrado” (SENDA).

“depresión, y depresión entendida no solamente en cuestiones que tiene que ver en la parte biológica o con enfermedades que estén establecidas en los jóvenes, si no que depresiones que tienen que ver con las condiciones de prisión”. (Ministerio de Justicia).

vii “Tiene que ver con este tema del...(Psicoseo) primero, yo no sé cómo se llama la cosa más técnica, a la cuestión que se le llama a cuando el cabro llega, tiene que ver mucho con la angustia de estar preso, de notar cierto de lo que se viene. Eso, yo creo que los cabros que llegan... lo que pasa por primera vez ni hablar, esos se acrecientan mucho más. Pero tiene que ver un poco con eso, la angustia que genera el llegar a un lugar como éste y segundo la incertidumbre de qué va a pasar contigo. Nosotros preocupamos mucho de venir a verle y decirle que la fecha, que la causa, de que no se qué. El que ha pasado mucho más veces por el sistema es mucho más fácil, sabe. Pero hay harta angustia, con respecto a lo que se viene.” (Defensoría).

viii “La depresión después de la condena, cuando viene esa crisis algunos desarrollan cuadros depresivos, otros desarrollan episodios psicóticos, también hemos tenido situaciones críticas dentro del centro, las cuales muchas veces no hemos podido darle toda la cobertura que quisiéramos tener, para abordar la crisis de una manera sana, tanto para los funcionarios como para los chicos” (Grupo Focal).

ix “un dolor de muelas puede hacer que un chico se descompense se ponga a gritar y arme un motín y no sé que, puede hacerlo, falta que se junten para poder explicarles, sabes que un dolor de muelas para este chico no es lo mismo que un dolor de muelas si estuviera en la casa con su mamá que le va a hacer agüita, que por último le va a hacer cariño o le va a dar puro puré, no aquí esta cabro va a tener que quedarse en el centro, va a tener que aguantarse el dolor con una dipirona, con un calmante, pero aquí con otros 100 chicos eso puede significar un motín” (SENDA)

x “no tenemos psiquiatra nosotros en el centro, debiésemos tener, está el psiquiatra de SENDA, que es el complementario y ellos trabajan con un psiquiatra para los 60 cupos, ¿como nosotros salvamos el tema de no tener le psiquiatra? No lo tenemos primero porque el recurso está en términos monetarios, el tema es que no hay psiquiatras que quieran trabajar acá, estamos siempre con la intención de contratar un psiquiatra y de seducirlo más en término de trabajo clínico que por las lucas, porque ahí el recurso de psiquiatra es caro, por 8 horas 500 lucas” (Profesional CRC)

“no tenemos las condiciones para trabajar con psiquiatría. El psiquiatra de nosotros contempla media jornada, además, por un ordenamiento de nosotros. Nosotros trabajamos de a dos, por lo tanto, con chicos compensados tú no puedes compensar una vez a la semana, entonces nosotros no... Tenemos en el fondo, es el requisito, con un chico que tiene una descompensación psiquiátrica nosotros... en coordinación con coordinación con SENAME, los chicos van a lograr, otros lugares y nosotros ahí bajamos con ellos.” (Grupo Focal CRC)

xi “En el caso que tenga algún consumo problemático de drogas, se deriva a SENDA. Hemos tenido casos, por la buena comunicación con SENDA, hablo con el CRC, de jóvenes que no tienen consumo problemático de drogas, pero sí hemos visualizado problemas de salud mental y los hemos derivado, y SENDA los ingresa igual. Ellos nos hacen el circuito psiquiátrico que es atención psiquiátrica, derivación, pero eso es eventual, es una voluntariedad. Es algo que nosotros como CRC hemos implantado a través de reuniones, los hemos hecho así. No es que los jóvenes estén dos años en tratamiento con SENDA, sino que se hace la derivación para que SENDA haga las derivaciones, porque ello tienen mayor coordinación que nosotros con los temas de salud mental.” (Grupo Focal CRC)

xii “El programa en si está saturado, alcohol y drogas... lo que pasa es que el alcohol y drogas ya tenemos un acercamiento del SENDA, pero nivel de depresión y de esquizofrenia es la pata coja que tenemos.” (Profesional CRC).

“Nosotros también tenemos que ver algunas patologías, hemos recibido algunas derivaciones en caso en que el consumo de drogas no es lo primordial, sino que es otro tipo de trastorno de salud mental... Trabajamos con chicos con ya un nivel de compensación mediana... Independiente de que el problema primordial sea el consumo, existe una lista de espera, igual que los demás, se hace una especie prioridad, pues es flexible, con lo que no podemos flexibilizar con las sanciones accesorias porque son órdenes de tribunales, esos lo que a veces nos atrasa la lista de espera.” (Grupo Focal).

xiii “Por eso siempre ha sido una pata coja dentro de nuestra necesidades, porque SENDA nos da mucha más cabida, con un montón de limitaciones, pero SENDA nos da mucha más cabida en lo que tiene que ver con salud mental, que las áreas de psiquiatría de los hospitales. Por lo mismo decía yo que si necesitamos una profundización se le pide al programa de drogas, no necesariamente se le debe pedir al dispositivo de droga, porque puede ser una patología no vinculada a droga. Pero ellos sí nos dan la mano en ese tipo de casos, no así salud [refiriéndose al sistema de Salud Público].”(Coordinadora de justicia juvenil SENAME)

xiv “ya sabemos que parte importante para lo que es la dependencia de abuso drogas y alcohol está cubierto, pero el cómo intentamos solucionar el tema de situaciones relacionadas con esquizofrenia si las hay o situaciones de depresión, el cómo manejamos esa contingencia, lo hacemos con el criterio de derivación, con el criterio de intervención gruesa, que es aproximadamente nivel de asistencia al exterior del centro y a nivel de contención.” (Profesional CRC)

xv “No existe un equipo con ese nombre, un equipo encargado de salud mental, ni un equipo de unidad forense, de unidad especialista de salud mental en este CRC. Según tengo entendido a nivel nacional, no existe esta necesidad todavía. Las personas que intervienen entonces es el interventor clínico,

pero no directamente, no existe la atención psicológica del día a día o una atención semanal, sino que la actualidad interventor clínico es el que puede guiar la intervención. Eso es del ámbito clínico, desde la formación profesional tenemos el encargado de caso que son psicólogos, yo también soy psicólogo, como tal hay vamos a tener una comprensión desde la psicología y del área salud mental a la dificultad que presente cada caso.” (Profesional CRC).

xvi “En la atención actual existe un mayor protagonismo del interventor clínico, el interventor clínico psicólogo, que fue incorporado hace poco al centro, tiene las facultades y tiene las atribuciones específicas de poder realizar las intervenciones a nivel psicológica, especialmente la detección de los rasgos de personalidad, de algún tipo de necesidad que tenga, por lo tanto, sería función del interventor clínico realizar un diagnóstico, mediante un informe psicológico, para posterior derivación para los trabajos que sea necesario” (Profesional CRC)

xvii “hace dos años atrás las orientaciones técnicas decía que por cada encargado del caso debían haber 12, por cada psicólogo 24. Lo que ya en términos de terapia psicológica es bastante, porque ningún psicólogo puede tener 24 casos, supongamos que son 24. La periodicidad la da el tratamiento, por lo general se atiende cada 15 días, por lo general, yo creo que ese es como estándar, pero esas contingencia van cambiando, entonces lo que hicieron fue sacar los estándares de los centros, uno ya no podía reclamar porque tenía mucho caso, las orientaciones técnicas no incluyen la cantidad de jóvenes, entonces yo podría perfectamente tener 40 casos, y que es lo que uno hace, uno atiende jóvenes todo el día” (Profesional CRC).

“Ese trastorno no lo puede trabajar SENDA y tampoco logramos trabajarlo nosotros, porque nosotros no hacemos atención clínica. Ahí hay un vacío porque aquí se trabaja desde la psicología jurídica, desde la psicología penitenciaria, por lo tanto, yo no hago intervención clínica, no hago tratamiento clínico, no se hace una psicoterapia una vez a la semana. Así aquí no se trabaja, entonces ese vacío existe y ese vacío es el que tiene que ir a salud mental, pero nosotros para mujeres no tenemos salud mental en ninguna parte” (Grupo Focal CRC)

xviii “Funcionamos súper distinto, del modo de coordinaciones, tenemos intervenciones, es súper distinto. Que nos beneficia nosotros, nos beneficia la infraestructura, nuestros centro es un centro súper pequeño, somos chiquitito, nos beneficia la poca cantidad de niños que permite una intervención mucho más especializada, mucho más focalizada, te permite hacer conexiones y redes mucho más grandes y amplias para cada caso. Que San Bernardo no tiene, que con 600 niños vs. 9 que tenemos nosotros. El CRC hace reuniones de análisis de caso dos veces al mes. Se ven dos casos por reunión o sea cuatro casos mensuales, en esas reuniones de análisis de caso se les invita a todos los intervinientes de la joven. Quiere decir que si está SENDA, se invita a SENDA, se invita a colegio, a las educadoras, a la gente de turno, a la supervisora, la dupla. En esa reunión se presenta el caso concreto, se le muestra la intervención, que se ha hecho, el diagnóstico, se muestra todo. Todos los intervinientes saben el estado de la joven. Están implantadas las reuniones de análisis de caso y cada uno aporta desde su área” (Grupo Focal CRC)

xix “hay un tema de recursos, tanto humano como de lucas, por decirlo así, bueno están asociados, efectivamente la ley desde un principio dice que los centros desde un principio debiese tener un

psiquiatra instalado en la rutina de los centros, creo que habría que...digamos verificar que se cumpla esa disposición, es necesario, segundo debiésemos tener nosotros una infraestructura como unidad de corta estadía, en donde pudiésemos nosotros mismo poder tener la respuesta a estas problemáticas al interior del centro, eso es mucha lucas, hay pocos centros que han tenido esta posibilidad, en el sur creo, hay algunos centros que tienen, Tiltill tendrá una unidad de corta estadía y yo creo que por ahí estaría como los cambios que pudiesen ser como los más radicales y los mejores, tener el psiquiatra adentro, tener la unidad. Un plan B si no existe esto hay que optimizar también un tema de salida de jóvenes, sobre todo lo que tiene que ver la salud mental porque hay que considerar lo particular de cada uno de ellos” (Profesional CRC)

xx “En el grupo creemos que es fundamental que nos capacitemos, que si vamos a trabajar en una casa donde están los cabros más críticos al menos nos señalen cómo debemos actuar, qué cosas hacer, cómo motivarlos... que si un chico esta con “depre” saber al menos como ser una ayuda y no sólo un control o un tipo de vigilancia para que no se dañe o le pegue a otro por andar “sicoseado”.” (Grupo Focal CRC) .

xxi “la falta de especialización y capacitación del equipo en tópicos como criminología, adolescentes y salud mental, lo que sin duda debilita la eficacia de las estrategias empleadas si no se tiene el conocimiento necesario para el perfil de la población” (Coordinadora de Justicia Juvenil SENAME).

“lo que tenemos son interventores clínicos, son psicólogos que están al interior de los centros que forman parte del equipo técnico y que de los cuales yo te diría que un porcentaje importante no tiene una formación técnica específica” (SENAME)

xxii “(Respecto a la atención de jóvenes que han cometido delitos sexuales) Obviamente incluye al tema médico, yo siento que por ahí va un poco el tema, yo creo que en ese sentido todo lo que tenga que ver con trastorno de personalidad, con depresiones, hiperactividad, puede ser absolutamente manejable por las personas del centro, por mis colegas, por el equipo, por el jefe técnico. Pero hay ciertas cosas en las cuales hay un poco, no sé si desconocimiento, o hay un poco le falta preparación, que tiene que ver un poco con el tema de los delitos sexuales, ya sea... principalmente agresores sexuales, siento que allí hay una cosa específica, siento que es un tema específico en el cual se debiese contar con gente...” (Profesional CRC).

xxiii “El diagnóstico propiamente tal, lo debe hacer el interventor, sin embargo, todos los interventores, ya sean psicosocial, estadísticos, paramédico, profesores de casa, educadores diurnos o nocturnos, suman, dan elementos y antecedentes que van a corroborar o descartar el diagnóstico que está teniendo el interventor clínico como base para el procedimiento de cada joven.”(Profesional CRC)

xxiv “No existe un instrumento estandarizado, específicamente ahora, que recién estamos comenzando, la aplicación del diagnóstico por parte del interventor clínico, para la utilización de ese diagnóstico no existe una batería estandarizada, sino que depende de las características y de las entrevistas iniciales que hace el interventor clínico con el joven. Depende de si escoge, para el caso, una prueba colectiva o un test de personalidad o un test de organicidad, mediante el diagnóstico el cual fuese necesario, por lo tanto, no existe un procedimiento estandarizado, sino que depende del

manejo clínico y del cómo se establece el procedimiento y el diagnóstico de su intervención.” (Profesional CRC)

xxv “se observan en los jóvenes problemas de déficit intelectual, los cuales son pesquisados generalmente por parte del psicopedagogo y del equipo psicosocial del Centro (Encargados de Caso). En estos casos es importante el rol que cumple el psicopedagogo, función nueva dentro de las prestaciones entregadas en el CRC y que es fundamental en el diagnóstico de casos de patologías mentales, para el proceso judicial (cuando así se demanda en las etapas iniciales por parte de los defensores) y para el proceso de reinserción. (Generalmente lo que se busca en estos casos es verificar la inimputabilidad de los procesados entregando la información correspondiente a los actores del sistema de justicia o la derivación a centro de salud especializadas)”. (Profesional CRC)

xxvi “O sea lo que menos hacen acá es psicoterapia individual, porque están tapados en pegas administrativas, informes, no sé, que en tribunales les piden algunas cosas, llenar formularios que al final les ocupa todo el tiempo” (Grupo Focal CRC).

“¿Qué hace el encargado de caso en esos casos?... Contención... Hay otra gente acá que intervienen... bueno es un recurso súper válido y necesario.” (Grupo Focal CRC).

xxvii “A nivel de contención nosotros desarrollamos como equipo psicosocial y equipo educativo, en estos cuadros cuando recién se están desencadenando, las herramientas que tenemos en la actualidad son escasas para poder salvaguardar una dificultad instrumental, generalmente se utilizan herramientas en el ámbito de contención y preparación emocional, que son guiadas por el equipo psicosocial y que son efectuadas y ejecutadas por los que tienen trato directo de las casas.” (Profesional CRC)

“Después de eso y dependiendo del vínculo que uno tenga con el joven, ver y explorar respecto a qué es lo que está sucediendo y que es lo que lo llevó a generar esa crisis. Pero como primer paso y como casi una orden, tratar de estabilizarlo y compensarlo. Porque si está desestabilizado y descompensado mucho uno no puede hacer, desde el punto de vista psicológico...” (Profesional CRC)

xxviii “Yo creo que en eso debo destacar, algo positivo de estos tres años, no tuve la oportunidad de ver al inicio muchos educadores, pero si la experiencia de intervención de estrategia no muy ortodoxas para poder realizar intervención, como de decirle al chiquillo que se calme, un amémonos, un cigarro... el chico baja. ¡El chiquillo responde a eso en un momento tan crítico y tan violento! Es también el grupo de pares el que ayuda a contener esas situaciones de crisis, por ejemplo, en el día de visitas imagina que en una forma poco prudente la familia le diga que se murió tu papá, el cabro entre una crisis y a veces si no hay un educador que lo contenga o que tenga algún lazo vínculo, uno tiene que aplicar las estrategias” (Grupo Focal CRC).

xxix “los jóvenes que está internos, que no son los mismos que en alguna patología están de libertad, se exacerban más, entonces necesitamos un psiquiatra que tenga que estar de manera permanente, que pueda leer esos procesos, que pueda medicar respecto al contexto de libertad. Que te de manera permanente, que no haya oscilaciones, porque el tratamiento necesita... cualquier tratamiento médico necesita un monitoreo, un proceso, para que pueda tener algún tipo de efecto, el medicamento psiquiátrico no significa que tengan que tomar toda la vida, también pueden ir disminuyendo y creo que dentro de la primera cosas que habría que hacer con proveer al centro de lo necesario para la

atención en ese sentido, y que no está... de repente hasta en términos voluntario presente del SENDA, no psiquiatra vendió jóvenes en estado de emergencia porque efectivamente cuesta atender” (Profesional CRC)

xxx “Hay un dispositivo, es una intervención por el consumo de drogas, y ese dispositivo trabaja con los elegidos, me voy a poner gritón, pero es así... hay chiquillos que no encajan en el sistema, por comportamiento etc... entonces esos chiquillos, los desechan porque no les conviene, porque van a desertar, porque van a infringir.” (Grupo Focal CRC)

xxxi “si tienes un equipo que todavía tiene cupos y llega un chico que tiene solo depresión, puede entrar, pero la verdad es que no hay cupo” (SENDA)

“los centros no están contruidos para salud, están adecuados para esta ley, y lo adecuaron lo mejor posible que pudieron, se hicieron *los arreglos con los recursos que tenían, que no eran muchos tampoco, y los espacios no son los adecuados* en muchos lugares y no son los adecuados para un 50%, si se pudiera tener una casita al lado que permitiera hacer esa atención sería más fluida. (SENDA)

xxxii “En general son derivados por los equipos del SENAME, pero muchas veces es la presión de algunos jóvenes es tan alta que el equipo del droga les dice “bueno, dile a tu encargada de caso que te derive” y en una próxima reunión con el encargado de caso le dicen “sabe que Juanito de nuevo insiste, insiste¿ qué has visto con él? Porque yo he visto que cada vez se va deteriorando mas, tal vez sería bueno” pero la idea es que el flujo sea así... porque además la idea es que se aun trabajo conjunto” (SENDA).

xxxiii “lo que pasa que CONACE tiene una cantidad de demandas que están hechas de acuerdo a la demanda que manda los tribunales, cuando los tribunales sancionan una sanción accesoria, entonces con los cupo que tienen se llenan con la sanción accesoria y hay muchos los jóvenes que no tiene sanción accesoria pero sí presentan patologías y necesitan un cuadro más farmacoterápia que permita ayudar al proceso terapéutico, o a estar más tranquilo por último. Eso es lo que ya la lista de espera que no puede avanzar, porque no hay abasto para poder hacerlo” (Profesional CRC)

xxxiv “Sí, nosotros tenemos que registrar todo lo que tiene que ver con la intervención del joven en su carpeta y también estamos obligados a enviar a tribunales todo acto, toda intervención que tenga que ver con el joven.” (Profesional CRC)

xxxv “La verdad yo siento que lo que falta es un criterio más uniforme, lo que pasa aquí es que depende de quién es el encargado de caso que lo que se hace, que lo que relevante o no. Yo creo que es un problema, debería haber un estándar, por ejemplo, llevó tener a un chiquillo Juan Pérez que si le tocó la tía María probablemente sus informes para hacer muy distinto así se los hizo el tío Pedro” (Defensoría).

xxxvi

“Nosotras siempre hemos generado entrevistas de ingreso, desde siempre, no hay protocolos establecidos y estandarizados por la dirección nacional entonces actualmente, por ejemplo desde que yo estoy en el centro he aplicado 3 o 4 formatos distintos de entrevistas técnicas.” (Grupo Focal CRC).

xxxvii “Hay una falta de retroalimentación, de información, porque nosotros no manejamos esa información que el psiquiatra le puede dar al interventor clínico” (Grupo Focal CRC)

xxxviii “... mira, se le entrega información respecto a estrategias generales de intervención, de comportamiento, de qué tipo de intervenciones podrías requerir el joven en la casa, porque como los encargados de casa tienen trato directo con los educadores y todo eso, es como para que ellos puedan como guiar algún tipo de trabajo con los chiquillos, con respecto a algunos temas específicos como motivación, acercarse más a ellos con algún motivo, porque están con pena, u otra cosa, pero ese tipo de información, como simple y general, pero no se entrega información que sea como de temas como individuales de los chiquillos, algo más profundo, de historia de vida, que nos hayan relatado a los encargados de casos, más de temas que le puedan afectar, a ellos internamente.” (Profesional CRC)

xxxix “en el CIP-CRC de Graneros, que es el que me toca supervisar, como una decisión que tiene que ver en el resguardo de los chiquillos del centro, se cuenta con una casa que es de rutina diferenciada, que es la casa número uno. Esta casa de rutina diferenciada está creada para... con educadores que están preparados, con gente que sobre todo trabaja el tema del vínculo... para estabilizar aquellos chiquillos que se les ha pesquisado o tienen algún tipo de trastorno.” (Coordinadora de justicia juvenil SENAME).

xl “Como dependencia yo creo que falta, todo lo que estamos acá compartimos los box de atención, por ejemplo tengo yo la impresora, entonces todos entran y salen. No es muy ajeno a lo que es un sistema de salud pública de salud, pasa el mismo fenómeno. Por ende estoy acostumbrado a esto. Pero no debiera ser, quizás en ese sentido falta infraestructura, no sé si el ideal es que cada uno tenga su oficina o su espacio para atender, que a lo mejor esté donde esté lo suficientemente aislado de cualquier contaminación acústica. Pero creo que falta en ese sentido, muchas veces las intervenciones se hacen en las mismas casas, en la misma pieza de los jóvenes, entonces yo creo que eso no es del todo ideal.” (Profesional CRC).

xli “en términos de perfil si uno tuviera que diagnosticar, hay tantos jóvenes que tenemos privados de libertad que tienen una patología dual, con la mayoría, que es un trastorno psiquiátrico unido a un consumo de drogas, por lo tanto no es tan difícil la derivación a esos centros, pero el cupo y que entregan esos centros no da abasto para atender a los jóvenes que tenemos acá nosotros, son casos muy puntuales concretos los que se atienden” (Profesional CRC)

xlii “aquí en Santiago no hay para mujeres, la que teníamos, unidad de corta estadía, era la del Calvo Mackenna, que costaba un mundo que nos recibiera a una chica, pero finalmente la recibía igual. La unidad de Calvo Mackenna cerró, además tienen que tener menos de 18 años...El Horwitz nos recibe sólo adultas, porque la unidad de corta estadía es de hombres, se suponía que nos iban a abrir camas para mujeres, hasta el día de hoy no las han abierto. ...Lo último que hemos hecho es abrir redes con el hospital San Borja en psiquiatría adultos, pero no es para internar, es solamente para tratamiento médico cuando SENDA ha hecho todos los esfuerzos y no se puede con las chicas.” (Grupo Focal CRC)

“los centros de salud consideran adultos, algunos desde los 18 hacia arriba, otros desde los 21 hacia arriba otros...o sea hay como tres criterios, que en estos momentos no los recuerdo pero que me

llamó profundamente la atención cuando escuché de estos criterios sanitarios, dependiendo por hospital, segundo hay centro que atienden solamente a hombres y otros que atienden solamente a mujeres, y otros que solamente atienden a adultos y jóvenes, en la región por ejemplo en Valparaíso, Putaendo que hay un hospital psiquiátrico no tiene urgencia par adolescentes, y una vez que logramos meter a aun adolescentes, era porque era hombre pero no tiene urgencia ni siquiera como buena voluntad adolescente mujer” (Ministerio de Justicia)

“No especifica tema salud mental, aún cuando su chiquillos se corta, tiene que ser hospitalizado. Se hospitalizara en el sistema común de Graneros, no en uno de salud mental, porque hospital de Graneros no tiene hospitalización psiquiátrica, solamente lo que el hospital regional. No se traslada hospital regional tampoco, porque no trabajan con infractores de ley en el hospital regional, no trabaja con nosotros.” (Coordinadora de Justicia Juvenil SENAME)

xlili “...en ese sentido le tuve que mandar un oficio hospital regional de Rancagua con copia al SEREMI de justicia para hacer presión y que los chiquillos puedan ser atendidos. En el caso de una de las chicas tuve que hacer un convenio con la clínica privada para que le realizaran un examen, porque el diagnóstico era complejo. Eso demuestra que nosotros no estamos siendo abastecido con lo que la ley a nosotros dice que debemos tener.” (Profesional CRC)

“los jueces a veces amenazan de desacato a directores de hospitales que dicen que no hay cupo y no hay cupo no más, y el director le dice sabe qué? Acúseme de desacato yo no le voy a hacer caso, se produce ahí un quiebre entre la institucionalidad que no da respuesta a los requerimientos”. (Ministerio de Justicia)

xliv “Normalmente ocupamos la urgencia del servicio de salud, pero llevarlo a urgencia es una situación súper parche, porque le atienden la crisis Y le dan Fluoxetina Y es como el momento crítico ¿y mañana y pasado? ¿Qué va a pasar con el chiquillo? Además la mayoría de las veces ante la patología normalizan la conducta ó creen que es manipulación.” (Grupo Focal CRC)

“cuando se atienden estos casos son las unidades urgencia, un urgencia deja un tratamiento farmacológico pero no le hace seguimiento después, porque son unidades de emergencia, de atención primaria, las unidades que si internan jóvenes pero de manera muy a lo lejos es la unidades de corta estadía, que es una unidad que tiene la facultad de trasladar jóvenes con cierta patología pero ligados generalmente a trastornos de, de consumo, una unidad que permite la desintoxicación” (Profesional CRC)

xliv “tenemos jóvenes tratados químicamente y que en definitiva tu nunca vas a poder tratar esas patologías si no que solamente las vas a dejar estar ahí, hasta que se acabe el medicamento o que se le de de alta y el joven vuelva nuevamente a desarrollar alguna crisis” (Ministerio de Justicia)

xlvi “En la región nosotros no contamos con camas de corta estadía, la carta de corta estadía que tenemos, está en Santiago en el Hospital Horwitz, hasta el año 2009 hubo cama de corta estadía en la región, para jóvenes infractores de ley, sin embargo, se rompió ese convenio por dificultades que teníamos que teníamos la tensión. El equipo de acá, de salud mental, expresaba que no tenía ni conocimientos ni competencia ni habilidades para tratar con esta población. ” (Coordinadora de justicia juvenil SENAME)

“El hospital de Graneros no tiene sala de hospitalización psiquiátrica, solamente lo que el hospital regional. No se traslada hospital regional porque no trabajan con infractores de ley, no trabaja con nosotros”. (Coordinadora de justicia juvenil SENAME)

“(Respecto a la situación de Limache) cuando requerimos internar a un joven, y ahí nos queda la embarrada, porqué? Porque la macro red a nivel regional no tiene camas para psiquiatría infantojuvenil y por lo tanto al no haber camas en la red regional tienes que irte a la red nacional y en este caso quién tiene camas es el hospital Horwitz que asiste a no sé cuántas regiones del país, incluida la metropolitana, por lo tanto nuevamente entras a la lista de espera.” (Ministerio de Justicia)

xlvi “Yo creo que el SENAME y los distintos colaboradores del SENAME no conocen lo que es una red de salud entonces se desesperan. Si yo no soy psicóloga y ya estoy saturada no tendría indicios si eso es una pataleta o es un trastorno crónico, o es porque están haciendo conductas anómalas pero yo creo que no conocen, o no se si no lo conocen o creen que este programa les va a responder todo lo de salud mental en cualquier lugar. Muchos cuando comenzaron unidades de corta estadía pensaron que ya, que la unidad de corta estadía es la que va a responder finalmente y no es cierto, porque si el cabro se acaba de cortar las manos, las muñecas no sirven. Hay una separación: con mi hijo yo podría saber que tengo que ir a emergencia, pero con el cabro no se me ocurre que lo tengo que llevar a emergencia, tiene que usar la red, es como obvio pero ha sido difícil. Entonces se meten por la ventana y se frustran de nuevo porque no les respondieron y claro, entonces las unidades de corta estadía no sirven para nada, si sirven, pero sirven después de que un chico se corte, porque no pueden hacer intervención en pabellón, claro, le pueden curar una herida, ponerle un parche curita, pero no van a poder hacer mas porque no es para eso, no es un hospital completo.” (SEDA)

xlvi “Si un joven se corta o se descompensa afectivamente y físicamente partimos al hospital de Limache, a urgencias y no lo pueden dejar hospitalizados porque estos chiquillos hacen daño al hospital “no vamos a gastar nuestros recursos en esto” un doctor X, le inyecta Diazepam, y no le hace nada. En ese rato cambian de turno y el otro doctor de turno dice “cómo es posible que le hayan puesto diazepam”, y el empieza a llamar al Horwitz, y nosotros sabemos cómo es el tema del Horwitz que están súper reducidos, y el doctor me dice “yo tengo que hacer lo que es correcto” no lo que se puede, “pero yo no voy a gastar una ambulancia con sus cabros”, llegamos a Horwitz para que lo atiendan en urgencia, y ni siquiera en urgencia “pero como lo traen acá a un niño que esta con síndrome de abstinencia, si en cualquier servicio público lo pueden atender” ya, ese tipo de condiciones son las que se repiten constantemente.” (Grupo Focal CRC)

xlvi “El sistema de salud pública no tiene un psiquiatra tampoco destinado y la intervención psiquiátrica que se hace no está contextualizada, por ejemplo la Doctora no conoce bien el centro, no conoce su funcionamiento, no conoce la dinámica, no sabe.” (Grupo Focal CRC)

¹ “Lo primero va a ser la información que aporte el defensor, él es el que tiene primera fuente de información que pueden tener el propio imputado, ya sea por apreciación física o sensorial que puede terminar el defensor, como también documentos que aporta la familia de los imputados. La otra vía es a través del propio fiscal aporta información en atención a lo que aporta las policías, relativas a información de la zona, conocimientos que implican algún tipo de patología o situación mental, incluso llevarlo contratar lesiones que el propio hospital de manifieste que tiene alguna ficha

clínica en ese sentido. Esas son las formas de tomar conocimiento del tribunal. Lo otro es, eventualmente, que en la etapa investigativa que la defensa le pide al fiscal que solicite fichas clínicas u otra cosa.” (Fiscal)

“El defensor siempre está atento al estado de la salud mental porque le va a servir de todas maneras, si es que existen, para enfrentar el proceso y pedir una menor pena para el imputado, o derechamente la absolución por la presencia de esta situación.” (Defensor)

li “en la actualidad no hay un procedimiento claro en materia de adolescentes para determinar eso por vía judicial, salvo que se declaren imputables, y ese es el procedimiento que se le hacen a todos y se hace pericias por el ministerio público y la defensoría entrega sus informes y es el juez quién decide, pero no muchas veces con un criterio técnico médico, si no más bien desde lo judicial y teniendo a la vista, por regla general un informe de la defensoría que dice que el joven es inimputable y un informe de la fiscalía que dice que el joven es imputable, por lo tanto, elementos técnicos reales que tenga el juez para poder determinar en audiencia una situación de verdad del imputabilidades yo encuentro que desde el punto de vista práctico es casi cero.” (Ministerio de Justicia).

“No, eso no está regulado en la ley, ni tampoco está definido, para poder determinar cuáles son el caso y bajo qué parámetro necesariamente una persona es inimputable. Eso lo determinan caso a caso los jueces, en relación a la prueba que se rinde. Básicamente, dice relación, más que ser una patología concreta es con la capacidad de discernir, o la capacidad de comprender lo que está pasando con la capacidad de haberse comportado otro modo.” (Fiscal).

lii “En el caso del consumo problemático de drogas se establece que debiese haber un procedimiento, ¿qué es lo que ocurre en la práctica? Que no se ha licitado que dispositivo hace la pesquisa para ver si el joven tiene o no consumo problemático de drogas” (Ministerio de Justicia)

liii “Falta de especialización, a todo evento, fiscales y jueces se ha sensibilizado a los actores en la necesidad de que exista especialización para tratar a los chiquillos pues es un derecho de ellos, que los juicios sean acordes a su desarrollo. Nos hace falta reconocer orientaciones modernas en cuanto la interpretación de lo que se entiende por interés superior del niño dictada en una ley.” (Defensor)

liv “En la medida que el juez considere que hay un par mínimo de antecedentes, que hagan sospechar la presencia alguna patología grave, que eventualmente pueda llevar a la inimputabilidad del sujeto en el delito cometido, en base a eso se puede aplicar lo que la suspensión del caso, a la espera del informe psiquiátrico del servicio médico legal. Lo cual podemos estar un año esperando que llegue.” (Fiscal)

lv “Los peritajes, en algún ocaso el mismo tribunal es quien ordena servicio médico legal a hacer algunas evaluaciones, que son un fiasco porque nunca llegan, pasando meses y no llegan, finalmente se condena igual, día a defensoría que somos nosotros quienes informamos alguna situación muy compleja, eso no hay otra fuente.” (Defensoría)

lvi “Hay que hacer la distinción a esa altura, lo único que hace variar en definitiva la naturaleza de cumplimiento de sanción del adolescente, dice relación, eso se ve la audiencia, en base a los informes

que laboran los encargados de casos, a través de las solicitudes que haga el abogado defensor. En definitiva se podría variar, pero no en base a eso, en base a qué está cumpliendo los objetivos, a que se porta bien, que está asistiendo a talleres, está trabajando y así está mudando y mejorando, en definitiva, o reduciendo su nivel de complejidad.” (Fiscal)

“Ninguna, salvo algunas excepciones muy relevante en estos momentos no recuerdo ninguna. Bueno mentiría si digo que no así tajantemente, pero que diga... aquí en realidad no. Aquí lo que releva son el tema de las conductas, que también es muy relativo y sugestivo, que ya lleva en el tiempo un programa. Pero los elementos allí son básicamente, que tenga buena conducta esos evaluar aquí, que tengan mitad del tiempo cumplido. Eso son los elementos que priman a la hora de pedir una sustitución de condena.” (Defensoría)