



UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Ciencias Sociales  
Facultad de Medicina  
Escuela de Postgrado  
Departamento de Psicología

**TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL, COMORBILIDAD, CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y SU RELACION CON LOS TIPOS DE DELITOS QUE COMETEN ADOLESCENTES INFRACTORES DE LEY DE 14 A 17 AÑOS SANCIONADOS CON PROGRAMA LIBERTAD ASISTIDA ESPECIAL EN LA REGION METROPOLITANA DE SANTIAGO DE CHILE.**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, mención  
Psicología Clínica Infanto Juvenil**

Alumna: Ps. Mónica Villalobos Mejía  
Profesor Tutor de Tesis: Decio Mettifogo Guerrero  
Asesor Metodológico: Andrés Antivilo

Santiago, 2014

## RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

Para la realización de esta investigación se contó con la colaboración de la Corporación Opción, institución sin fines de lucro que permitió el acceso a la muestra. Es mi deber reconocer el alto nivel de compromiso que exhiben los profesionales adjuntos a dicha institución, los cuales demostraron ética profesional y visión comunitaria en pro de la defensa de los derechos de niños, niñas y adolescentes, y el trabajo continuo para mejorar la calidad y eficacia de las políticas públicas a nivel país.

Adicionalmente, es necesario agradecer a los profesionales del Magister, por las invaluable instancias de aprendizaje, y especialmente a aquellos que me acompañaron y guiaron más directamente en mi proceso de investigación, Decio Mettifogo como director de tesis y Andrés Antivilo como asesor metodológico.

Gracias a los adolescentes que colaboraron como sujetos de estudio ofreciendo sus complejas experiencias y ricas historias de vida, y que por razones éticas mantengo en el anonimato.

A Chile, paraíso de arena y nieve, tierra de vino y poesía, país que me acogió y cautivó, país que me reinventó, como profesional pero sobretodo como persona.

Finalmente, gracias a mis familiares quienes desde muy cerca o desde muy lejos estuvieron siempre aupándome en este proceso de formación profesional y personal. Gracias a mi madre por el increíble ejemplo a seguir y a Iván por el apoyo diario durante nuestros años juntos.

*A todos Gracias...*

## RESUMEN

Los programas acreditados colaboradores del SENAME que implementan la LRPA (N°20.084) han sentido el impacto del aumento de la delincuencia juvenil y se enfrentan a desafíos resultantes de la complejidad y multicausalidad de factores que generan la conducta delictual en adolescentes. **Objetivo:** el objetivo general es identificar la presencia de los trastornos de la salud mental, los trastornos comórbidos de la salud mental y el consumo problemático de drogas en adolescentes masculinos infractores de ley de 14 a 17 años sancionados con los PLE de la RM de Santiago. Adicionalmente, se describe la relación entre dichas variables con los tipos de delitos por los cuales fueron sancionados. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio, transversal y no experimental obteniendo una muestra conformada por 33 adolescentes evaluados a través de la entrevista computarizada DISC-IV y el instrumento Sospecha Diagnostica del Consumo de Drogas. **Resultados:** empleando la estadística descriptiva e inferencial se determinó la presencia de Trastorno de la Salud Mental en un 67% (Trastorno Disocial, 39%; TDAH 12,2%). Asimismo, el 30% presenta Trastornos Comórbidos de la Salud Mental, el 58% presentó Consumo Problemático de Drogas. Finalmente, en un 51% los adolescentes cometieron delitos de tipo Menos Graves y en un 49% delitos del tipo Violentos, con estos últimos se logró establecer una relación significativa con el consumo problemático de drogas; sin evidencia de relación entre las otras variables. **Conclusiones:** la patología de salud mental en la población adolescente infractora presenta una prevalencia superior a la que evidencia la población general. Evaluar la presencia de psicopatología tiene como objetivo planificar intervenciones que logren mejoras en la salud y que generen seguimiento de casos y corrijan el acceso a programas de intervención no pertinentes. Urge profundizar la formación clínica del personal que entra en contacto con los jóvenes para el diagnóstico y monitoreo de los problemas en salud mental.

**Palabras claves:** salud mental, trastornos, comorbilidad, consumo de drogas, adolescentes infractores de la ley penal y DISC-IV.

## ABSTRACT

Programs accredited collaborators of SENAME implementing the LRPA have felt the impact of the increase of juvenile crime and face challenges arising from the complexity and multicausal factors that generate criminal behavior among adolescents. **Objective:** Identify the presence of mental health disorders, comorbid mental health disorders and drug use problems in male adolescent offenders with age between 14 to 17 years old punished with PLE of RM of Santiago . Additionally, propose the relationship between these variables with the types of crimes for which they were sanctioned. **Method:** A descriptive, exploratory, transversal and not experimental study obtaining a sample of 33 adolescents evaluated by the DISC-IV and the Diagnoses and Suspected Drug instrument. **Results:** using descriptive and inferential statistics the presence of Mental Health Disorder was determined in 67% (Dissocial disorder, 39%; ADHD 12.2%). Also, 30% presented Comorbid Mental Health Disorders, 58% had problematic drug use. Finally, 51% teenagers committed crimes less severe type and 49% violent crime rate; were able to establish a meaningful relationship with problem drug use; no evidence of relationship between other variables. **Conclusions:** the pathology of mental health in the offenders population has a higher prevalence them general population. To evaluate the presence of psychopathology aims to plan interventions that achieve improved health and generate case tracking and correct access to irrelevant intervention programs. Urge further clinical training of staff in contact with young offenders for the diagnosis and monitoring of mental health problems.

**Keywords:** mental health disorders, comorbidity, drug use, juvenile offenders and DISC-IV.

## ÍNDICE

	Página
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	6
2.1. Epistemología y paradigma de estudio.....	6
2.2. Antecedentes teóricos.....	8
2.3. Trastornos mentales y su clasificación categorial.....	14
2.3.1. Eje I. Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.....	16
2.3.2. Eje II. Trastornos de personalidad y retraso mental.....	17
2.3.3. Eje III. Enfermedades médicas.....	18
2.3.4. Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.....	19
2.3.5. Eje V. Evaluación de la actividad global.....	21
2.4. Adolescencia, conducta antisocial y delito.....	22
2.5. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes infractores de ley.....	24
2.6. Ley de responsabilidad penal adolescentes N °20.084.....	26
2.6.1. Programa Libertad Asistida Especial.....	28
2.6.2. Panorama estadístico de la implementación de la LRPA.....	31
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	37
3.1. Objetivo general.....	37
3.2. Objetivos específicos.....	37
3.3. Hipótesis.....	38
3.4. Diseño de la investigación.....	39
3.5. Definición de las variables.....	40
3.4.1. Trastorno de la salud mental.....	40
3.4.2. Comorbilidad.....	41
3.4.3. Consumo problemático de drogas.....	41
3.5.4. Tipos de delitos.....	42
3.5.5. Programa Libertad Asistida Especial.....	42

3.6.	Colectivo y muestra.....	43
3.6.1.	Criterios de inclusión.....	43
3.6.2.	Criterios de exclusión.....	43
3.6.3.	Tamaño y forma de extracción de la muestra.....	44
3.7.	Instrumentos de recolección de datos.....	45
3.7.1.	Diagnostic Interview Schedule of Children (DISC-IV).....	45
3.7.2.	Instrumento “Sospecha diagnóstica del consumo de drogas”	46
1.1.1.	Diagnóstico diferencial complementario - recolección de información secundaria.....	48
3.8.	Proceso de análisis de datos.....	49
3.9.	Consideraciones éticas.....	50
3.10.	Procedimiento.....	51
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
<b>5.</b>	<b>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>66</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>75</b>
6.1.	Limitaciones.....	80
6.2.	Sugerencias para futuros estudios.....	80
<b>7.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>82</b>
<b>8.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>88</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<u>Tabla 1.</u> Ingresos totales por edad, sexo y región.....	31
<u>Tabla 2.</u> Ingresos de jóvenes por sexo, sanción y región.....	33
<u>Tabla 3.</u> Ingresos de jóvenes y adolescentes a sanciones, según delito.....	35
<u>Tabla 4.</u> Egresos de jóvenes y adolescentes de sanciones, según causal de egreso.....	36
<u>Tabla 5.</u> Clasificación de los tipos de delitos usados por la Corporación Opción.....	42
<u>Tabla 6.</u> Signos cardinales del Instrumento Sospecha Diagnóstica del consumo de drogas..	47
<u>Tabla 7.</u> Distribución de la muestra según edad y comuna de ubicación de los PLE.....	55
<u>Tabla 8.</u> Tabla de contingencia. Trastorno de la Salud Mental * Tipos de Delitos.....	62
<u>Tabla 9.</u> Prueba de Chi-Cuadrado para Trastorno de la Salud Mental * Tipos de Delitos.....	62
<u>Tabla 10.</u> Tabla de contingencia. Comorbilidad * Tipos de Delitos.....	63
<u>Tabla 11.</u> Prueba de Chi-Cuadrado para Comorbilidad * Tipos de Delitos.....	64
<u>Tabla 12.</u> Tabla de contingencia. Consumo Problemático de Drogas * Tipos de Delitos.....	64
<u>Tabla 13.</u> Prueba de Chi-Cuadrado para Consumo Problemático de Drogas * Tipos de Delitos.....	65

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<u>Gráfico 1.</u> Distribución de la muestra según edad de los sujetos de estudio.....	54
<u>Gráfico 2.</u> Presencia de Trastornos de la Salud Mental.....	56
<u>Gráfico 3.</u> Distribución de los Trastornos de la Salud Mental que presentan la muestra de adolescentes en estudio.....	57
<u>Gráfico 4.</u> Presencia de Trastornos Comórbidos de la Salud Mental.....	57
<u>Gráfico 5.</u> Tipos de Trastornos Comórbidos presentes en la muestra.....	58
<u>Gráfico 6.</u> Distribución del Trastorno Disocial.....	59
<u>Gráfico 7.</u> Presencia de Consumo Problemático de Drogas.....	59
<u>Gráfico 8.</u> Presencia de Dependencia al Consumo de Marihuana.....	59
<u>Gráfico 9.</u> Presencia de Dependencia al Consumo de Tabaco.....	60
<u>Gráfico 10.</u> Presencia de Dependencia al Consumo de Alcohol.....	60
<u>Gráfico 11.</u> Tipos de Delitos cometidos por la muestra.....	61

## ÍNDICE DE ANEXOS

<u>Anexo 1.</u> Formato del consentimiento Informado.....	89
<u>Anexo 2.</u> Licencia para uso de la entrevista DISC-IV otorgada por la Universidad de Columbia.....	90
<u>Anexo 3.</u> Instrumento de “Sospecha Diagnostica del Consumo de Drogas” .....	93
<u>Anexo 4.</u> Manual de Urgencias DISC-IV. Fuente: Estudio de prevalencia comunitaria de trastornos psiquiátricos y utilización de servicios en la población infanto – juvenil chilena (FONDECYT 1070519).....	94
<u>Anexo 5.</u> Fe de Erratas. Estandarización y adaptación de la entrevista DISC-IV. Realizado por la Universidad de Concepción en el estudio de prevalencia comunitaria de trastornos psiquiátricos y utilización de servicios en la población infanto-juvenil chilena. Proyecto FONDECYT 1070519.....	102

## 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud en el 2007 define la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, utilizándolas para superar y afrontar las tensiones normales de la vida y trabajar de forma productiva realizando contribuciones a su comunidad. Dicho estado de bienestar se une a la ausencia y/o presencia de trastornos mentales que se desarrollan a lo largo del proceso evolutivo de cualquier ser humano.

La adolescencia corresponde a la etapa de transición entre la niñez y madurez que transcurre aproximadamente entre los 10 y 20 años (Steinberg, 2005). Durante esta etapa, los determinantes sociales de la salud y otras variables psicosociales del entorno próximo, tales como la comunidad, medio escolar, grupo de pares y familia predisponen la aparición y proliferación de trastornos mentales, considerándose una etapa de vulnerabilidad desde los sistemas sociales, psicológicos y psiquiátricos (Almonte, 2012). La presencia de trastornos mentales en conjunto con las características de vulnerabilidad propias de esta etapa configuran factores de riesgo para la presencia de conductas ilícitas.

En Chile, la delincuencia mantiene las tendencias reportadas en otros países del mundo, las cuales indican que las mayores cifras de incidencia y prevalencia de las conductas delictivas se alcanzan en la adolescencia (J. Dionne & Constanzo, 2009). Por lo tanto, diversas investigaciones han establecido la creciente relación entre las conductas delictuales y la presencia y comorbilidad de trastornos mentales y las características psicopatológicas que presentan los adolescentes (Vermeiren, 2003). Dicha relación puede ser indicador significativo en la comisión y mantenimiento de conductas delictivas y, conjuntamente, interferir 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, los cuales pueden gatillar y/o consolidar trastornos mentales (SENAME, 2010).

El Sistema de Justicia Juvenil se rige a partir de la Ley sobre Responsabilidad Penal Adolescente No. 20.084 (LRPJ), la cual fue puesta en vigencia durante el año 2007. La normativa por primera vez contempla a los adolescentes como sujetos de derechos, responsables de sus actos, con deberes y prerrogativas. Ello implica una intervención que asegure un acompañamiento global al adolescente en su calidad de sujeto en desarrollo, enfatizando explícitamente una lógica de relación educativa adecuada a las necesidades y recursos del adolescente, así como también a las características y condiciones del contexto en el que él se desarrolla (SENAME, 2010).

En consecuencia, las intervenciones globales deben contemplar los cuadros de salud mental en la que la población adolescente se encuentre, distinguiendo las sanciones, actos delictivos y las variables clínicas propias de él. En este último, la conducta delictual debe percibirse y abordarse a partir del enfoque clínico y de salud mental, evitando catalogar al adolescente como delincuente y, por el contrario, definirlo como individuo complejo y en desarrollo, con derechos, necesidades y fortalezas, que, adicionalmente, requiere atención especial en consideración con su etapa de desarrollo.

Por otro lado, investigaciones a nivel país realizadas por organismos de Seguridad Pública, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones y Unicef establecen precedentes importantes al estipular variables de estudio que incorporen detenciones y tipos de delitos cometidos por adolescentes. UNICEF en el 2007 estudia a un total de 10.643 adolescentes que fueron detenidos por las policías a nivel nacional, obteniendo que el 29,8% de los delitos en los que se ven involucrados adolescentes corresponden al tipo hurto simple, saltando al robo con violencia con un 10,02%. Estos datos son utilizados para describir la realidad de los adolescentes infractores de ley y visualizar las necesidades vigentes y las nuevas propuestas a nivel de políticas públicas. Sin embargo, estos datos no son utilizados para relacionar otras variables que influyan en la modalidad de intervención y tratamiento clínico de los adolescentes incorporados a los programas colaboradores del SENAME, por lo que se demuestra la necesidad de estudiar de manera rigurosas los datos actuales, relacionarlos con los programas, el consumo de drogas y la presencia de los trastornos de la salud mental; respondiendo a la multicausalidad de factores que influyen en que un niño, niña o adolescente se convierta en un infractor de la ley penal.

Según Conejero (2012), la intervención más recomendada es la multimodal, la cual incluye un diagnóstico completo de la situación del menor, definiendo a posterior la necesidad de psicoterapia familiar e individual desde el enfoque clínico y el manejo farmacológico apuntando a la psicopatología, las comorbilidades asociadas y al consumo de drogas; con el objetivo de lograr la reinserción social según los delitos cometidos y las particularidades de cada caso, ya que no todos los adolescentes infractores de ley requieren intervención clínica de alta complejidad, por lo que la intervención se debe ajustar a las necesidades de salud mental, características criminológicas y el nivel de riesgo de reincidencia que presenta el joven.

En el año 2012, el Servicio Nacional de Menores (SENAME), realizó un estudio diagnóstico de la situación actual de la atención en salud mental y psiquiátrica únicamente para la población de adolescentes que cumplen condena en régimen cerrado y semi-cerrado; dejando de lado las sanciones consideradas de menor complejidad y enfocándose en adolescentes con graves problemáticas conductuales y, a su vez, psiquiátricas. Los resultados del estudio exponen que el 62% de la población adolescente evaluada presentaba algún tipo de trastorno de la salud mental, prevaleciendo los trastornos de tipo disruptivo y trastornos asociados al consumo de drogas. Asimismo, los trastornos ansiosos y afectivos fueron de alta prevalencia y se asociaron al contexto de privación de libertad.

Las investigaciones como las de Teplin (2002) en EE.UU. muestran panoramas similares a nivel de los trastornos de conducta y la privación de libertad. El estudio contempla una muestra de 1.829 niños y jóvenes encarcelados de entre 10 y 18 años encarcelados, los cuales el 60% de los mismos presentan alguna patología psiquiátrica. Asimismo, en el Reino Unido los jóvenes que se encuentran insertos en el Sistema de Justicia Juvenil presentan una probabilidad tres veces mayor que la población general en relación a la presencia de trastornos psiquiátricos (Hagell, 2002). Específicamente, los 16.750 adolescentes estudiados en el Reino Unido presentaban una edad promedio de 15,6 años, los cuales, 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 Trastorno Disocial.

Por otro lado, los estudios realizados en Inglaterra demuestran diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de los trastornos afectivos y ansiosos según la medida privativa de libertad y la de medio libre, tendiendo la aparición de trastornos ansiosos en la medida privativa de libertad (Chitsabesan et al., 2006).

Los estudios realizados en la población chilena con jóvenes infractores de ley son diversos. Los más actuales, hacen énfasis en la metodología cualitativa desde un enfoque de significados y experiencias (Olivares, 2011), la percepción de cambio (Sáez, 2014), la medición de los factores de reincidencia del acto delictual y reinserción social (Espinoza, Piñol, Sánchez, Martínez, & Villagra, 2012).

La exploración del mundo juvenil en conflicto con la ley es hoy una obligación ética para el experto infanto-adolescente ya que en ésta materia Chile se encuentra en continuo desarrollo, requiriendo con urgencia intervenciones cada vez más especializadas y sobretodo efectivas, puesto que el costo país de un infractor reincidente genera cadena de riesgos exponenciales. Así pues, un joven infractor se convierte a mediano plazo en padre de familia, tendiendo a replicar y perpetuar en este microsistema elementos de marginación y patológica social como por ejemplo violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y drogas, baja escolaridad, inestabilidad laboral, conducta delictiva y embarazo adolescente, entre otros.

En consecuencia, la relevancia de este estudio parte inicialmente del vacío en el estado del arte hacia investigaciones en el marco de la psicología clínica con muestra de adolescentes sancionados en medio libre y de la relación entre la psicopatología, la delincuencia (delitos) y los programas colaboradores del SENAME (PLE). De la misma manera, los resultados permiten establecer patrones que generen reformas en las políticas públicas acordes a las necesidades y la reinserción social de estos jóvenes que se encuentran en los Programas de Libertad Asistida Especial.

Al respecto, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU, 1985) insta enfáticamente a los estados parte a generar investigación en materia de justicia juvenil y así retroalimentar y nutrir las políticas y programas. Para ello resulta fundamental la evaluación constante de las necesidades del adolescente, así como de las tendencias y problemas de delincuencia, para perfeccionar los métodos de formulación de políticas adecuadas y establecer intervenciones apropiadas con el respaldo de agencias competentes y la investigación por personas y órganos independientes (ONU, 1985).

Considerando lo anterior, se denota la importancia de realizar una pesquisa oportuna de los indicadores de Salud Mental que lleven a la adecuada identificación de las necesidades del joven infractor. El vacío en el estado del arte y las necesidades establecidas en los estudios explicados previamente, resaltan el interés de establecer la presencia y tipos de trastornos de la salud mental en adolescentes infractores de ley que cumplen sanciones en medio libre (Libertad Asistida Especial) y, con esto, establecer relaciones con los tipos de delitos cometidos por dichos adolescentes y el consumo problemático de drogas que podrían presentar.

Por ende, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿En qué medida se presentan y cuáles son los trastornos de la salud mental y los trastornos comórbidos en adolescentes masculinos de 14 a 17 años insertos en los programas de libertad asistida especial de la Región Metropolitana de Santiago?

¿Existe consumo problemático de drogas en adolescentes masculinos de 14 a 17 años insertos en los programas de libertad asistida especial de la Región Metropolitana de Santiago?

¿Cuál es la relación entre la presencia de trastornos de la salud mental, la presencia de trastornos comórbidos y el consumo problemático de drogas con los tipos de delitos cometidos por adolescentes masculinos de 14 a 17 años insertos en los programas de libertad asistida especial de la Región Metropolitana de Santiago?

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1. EPISTEMOLOGÍA Y PARADIGMA DE ESTUDIO**

El presente estudio está basado en el modelo de salud mental que evoca el enfoque de riesgo y el modelo biopsicosocial, los cuales serán sustento teórico para articular y fundamentar los posteriores argumentos y los resultados.

El enfoque de riesgo fue propuesto por Caplan (1985), quien desarrolló los conceptos de niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, en la que la prevención primaria se refiere a las acciones dirigidas a disminuir el riesgo de aparición de un trastorno o enfermedad a nivel de la comunidad. Por otro lado, la prevención secundaria se refiere a la detección precoz, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades. Y finalmente, la prevención terciaria está dirigida a la rehabilitación de las secuelas de las enfermedades y está relacionada con la reinserción social de los niños y adolescentes. Estos conceptos se asocian con los factores de riesgo que corresponden a las características que aumentan la probabilidad de la aparición o proliferación de trastornos que comprometan la salud mental, la calidad de vida y el bienestar personal.

Dentro de este paradigma existen factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, los que a su vez pueden ser predisponentes, precipitantes o mantenedores (García, 2012). Los factores predisponentes son de naturaleza endógena, conformados por características orgánicas y psíquicas, hereditarias, congénitas o adquiridas que hacen que proclive al individuo para que incurra en actos delictuales. Por otro lado, los factores precipitantes, generalmente de tipo exógeno, gatillan la acción delictual del individuo, mientras que los factores mantenedores refuerzan la aparición en el tiempo de la conducta delictual.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades [CIE-10] (OMS, 2009) se codifican los factores de riesgo en el eje V dentro de los siguientes aspectos: relaciones intrafamiliares anormales, trastorno o discapacidad mental en el grupo primario de apoyo del niño o joven, comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada, modos anormales de crianza, ambiente inmediato anormal, eventos vitales agudos, estresores sociales, estrés interpersonal crónico asociado con el colegio o trabajo, eventos o situaciones estresantes resultantes de la enfermedad o trastorno del niño o adolescente. En este sentido, el modelo biopsicosocial reúne los anteriores factores de riesgo y permite realizar una aproximación comprensiva para integrar los aspectos vinculados a la salud y la enfermedad, junto con aspectos a nivel individual y familiar, resultantes de influencias recíprocas entre los patrones familiares de interacción y la función psicológica individual del adolescente (Herscovici, 2002).

Basándose en el anterior concepto, el modelo biopsicosocial propone una aproximación holística donde la persona se encuentra en un contexto interpersonal con interacciones del funcionamiento biológico, psicológico y social (Miklowitz, 2004). El enfoque biopsicosocial se considera un enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico (factores químicos-biológicos), el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad, discapacidad o trastorno. La premisa fundamental parte de que en la totalidad de los sistemas, lo biológico no puede ser separado de lo psicosocial, en donde una perturbación en una parte del sistema, afecta al todo. De hecho, desde un enfoque más comprensivo de la salud se entiende como una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y no, puramente, biológicos (Santrock, J. W, 2007).

Desde este punto de vista, el adolescente que presenta una psicopatología no sólo vivencia cambios relativos a sus procesos biológicos propios de su nivel de desarrollo, sino que estos influirán en su experiencia vital, en el desarrollo emocional y social, en la interacción que establece con los miembros de la familia y con la sociedad.

Bajo el panorama de la prevención secundaria y los parámetros del modelo biopsicosocial, el objetivo general de este estudio se articula a partir del establecimiento de relaciones entre los trastornos de la salud mental, la comorbilidad y consumo de drogas que presentan los jóvenes infractores de ley en medio libre y su relación con los tipos de delitos que con mayor frecuencia son cometidos por ellos, estableciendo relaciones entre lo biológico, lo psicológico y lo social de cada adolescente infractor. Esto permitiría fijar patrones para el tratamiento y diseñar programas guiados a la prevención del delito influyendo en el abordaje psicológico, psiquiátrico, rehabilitación y reinserción social de los adolescentes estudiados.

## **2.2. ANTECEDENTES TEÓRICOS**

La adolescencia es un término utilizado para referirse a un período de la vida en la que el ser humano experimenta transformaciones y transiciones que comprometen el funcionamiento biológico, psicológico, emocional, social e intelectual. De este proceso de transiciones y transformaciones emerge como resultado un ser humano que ha tenido cambios cuantitativos y cualitativos en su estructura y organización que le permiten elaborar una trayectoria que parte al dejar de ser niño y termina al llegar a ser una persona adulta (Musalem, 2012).

Ésta trayectoria tiene una compleja evolución en la que intervienen múltiples factores que van posibilitando cambios en una dimensión de tiempo cada vez más rápida. Todos estos cambios interactúan con las personas, grupos e instituciones que tienen a cargo el cuidado y desarrollo de los adolescentes, quienes a su vez participan en esta relación como individuos con diferentes habilidades, capacidades y posibilidades de adaptación (García, 2012). Por tanto, surgen factores socioculturales que actúan como catalizadores, activadores, y moldeadores de estos cambios, en dirección hacia la adaptación, psicopatología o, en casos como la muestra estudiada, hacia la aparición de conductas infractoras.

La psicopatología se conceptualiza a partir de la necesidad de establecer clasificaciones y estructura a la desviación y desadaptación del desarrollo evolutivo del ser humano. En esencia, la psicopatología es acompañada y definida a partir de lo que se considera salud mental. Chile como estado adhiere a la definición de Salud Mental propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) considerada como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, utilizándolas para superar y afrontar las tensiones normales de la vida y trabajar de forma productiva realizando contribuciones a su comunidad (OMS, 2007).

Considerada de esta manera, la salud mental es un concepto que incluye la calidad de vida del sujeto y el bienestar personal, aunado a los conceptos de derechos y justicia que rigen el comportamiento humano en sociedad. Bajo esta mirada, una ruptura del equilibrio que se genera en el ecosistema de salud y bienestar de cualquier adolescente, surgirían problemas de salud mental que trascienden al ámbito de la psicología, psiquiatría y otras disciplinas e instituciones públicas y privadas. Todo esto, respondiendo al argumento de que “no hay salud, sin salud mental”, dando a considerar que ambos conceptos van de la mano y se rigen y complementan el uno al otro.

Estudios epistemológicos realizados en Chile por Vicente y cols. (2007), afirman que la prevalencia de trastornos en niños y adolescentes entre los 4 y 18 años es del 38,3% de esa población. Los autores exponen que los trastornos más frecuentes son los trastornos conductuales en un 14,7%, seguidos por los trastornos ansiosos representados por el 8,3% y los trastornos del estado del ánimo, con el 5,1%. Estos resultados sugieren un nuevo perfil de la salud mental que ha sido influenciado por los cambios demográficos y el nuevo estilo de vida de los chilenos. Previo a este estudio, los datos disponibles en relación a la prevalencia de los trastornos en niños, niñas y adolescente era muy escasa y poco generalizable a la población general, ya que mostraban las limitaciones a nivel de cantidad de sujetos de la muestra y la profundización de estudios en la detección de trastornos del desarrollo.

En octubre de 2004, se realizó la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE), iniciativa de vigilancia de factores de riesgo y protectores en adolescentes de 13 a 15 años de edad, impulsada por la Organización Mundial de la Salud. Esta encuesta indaga en áreas como la alimentación, actividad física, salud mental, factores protectores psicosociales, accidentes, entre otros, obteniendo como resultado que en la Región Metropolitana existe una prevalencia de síntomas depresivos de 41,3% en mujeres y 21,6% en hombres, ideación suicida en mujeres de 20,8% y 6,6% en hombre y, finalmente, consumo de alcohol en mujeres de 31,6% y en hombres de 34,6%. El estudio sugiere bajos niveles de bienestar psicosocial en adolescentes chilenos, enfatizado en la población femenina y elevado consumo de alcohol asociados con problemas conductuales.

Estos datos dan a conocer la magnitud de las dificultades a nivel de adaptación y regulación que manifiestan los adolescentes, los cuales solo aparecerían en la edad adulta. En este sentido, las conductas transgresoras comienzan a establecerse desde la infancia y se agravan y refuerzan en la adolescencia.

Lo anterior es fundamentado a partir de las primeras investigaciones en el marco de la psicología y delincuencia, donde investigadores como Glueck y Glueck (1950) reconocen la marcada asociación entre el número de psicopatologías y las conductas transgresoras de la norma y la ley. Basados en estos primeros resultados, estudios posteriores encontraron que la mayoría de los adolescentes infractores padecían de al menos un trastorno mental y más de la mitad presentan comorbilidad (Haapasalo & Hämäläinen, 1996). Asimismo, la cercana relación entre los trastornos de la salud mental y los jóvenes infractores de ley es enfatizada por el hecho de que muchos de los jóvenes transgresores han recibido tratamiento psiquiátrico (Lewis & Shanok, 1980).

De manera similar, estudios a nivel internacional demuestran que muchos de los adolescentes en vinculación con el sistema de justicia tienen en un 70% algún trastorno psiquiátrico distinto al trastorno conductual, determinándose que la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos son un problema de alta complejidad relacionado con los adolescentes infractores (Cocozza, 1992; Teplin et al., 2002).

A pesar de la tendencia antes reportada, es necesario resaltar que la presencia de conductas delictuales y los problemas de salud mental o consumo de drogas no implican necesariamente una relación de causalidad, sino más bien representan la interacción entre factores psicológicos, biológicos y sociales que gatillan psicopatologías en adolescentes infractores de ley.

Goldstein (en Valenzuela & Larroulet, 2010) distingue tres posibles conexiones causales entre consumo y delito:

- Psico-farmacológica, que refiere a la violencia generada por el efecto psicobiológico de la sustancia –o la ausencia de ella, en el caso del síndrome de abstinencia-. Este vínculo puede estar dado tanto por la presencia de droga en el victimario, como en la víctima, si fue esta condición de ella lo que motivó la agresión.
- Económica-compulsiva, que comprende el delito realizado con el propósito de adquirir drogas, especialmente en población con antecedentes adictivos que los impelen a consumir.
- Sistémica, que responde a la violencia intrínseca al mercado ilegal de drogas, e incorporaría los delitos violentos que se cometen en el contexto del sistema de producción, distribución e intercambio de drogas.

Por otro lado, Vermeiren y cols. (2002), desarrollaron un estudio transnacional que demuestra una marcada diferencia entre culturas al establecer perfiles psiquiátricos en jóvenes infractores. El resultado sugiere que los perfiles resaltan patologías asociadas a la depresión, somatización y la ansiedad. Sin embargo, los factores culturales se asocian para dar énfasis o desviar los patrones que se establecen en previas investigaciones. Es entonces como los autores resaltan la importancia de realizar diagnósticos exhaustivos que destaquen los factores psicosociales, las sanciones y los tipos de delitos para lograr el adecuado ajuste que permita intervenir desde la psiquiatría, la psicología clínica y el sistema de justicia.

Asimismo, las conductas antisociales se relacionan con un sustancial deterioro social y académico que deteriora aún más el funcionamiento en estos adolescentes; destacando la importancia de adecuar las intervenciones terapéuticas a los perfiles de deterioro psicopatológico y ecológico del adolescente, con el objetivo de brindar una atención más pertinente y personalizada.

Considerando lo establecido anteriormente, investigadores se han propuesto estudiar las necesidades de salud mental que trascienden los patrones psicopatológicos. Chitsabesan y cols. (2006), afirman que los delincuentes juveniles tienen altos niveles de necesidades en las áreas de la salud mental (31%), la educación y/o el trabajo (36%), y las relaciones sociales (48%), estableciendo sus diferencias entre los adolescentes en medio libre y los que se encuentran en régimen cerrado. Los autores enfatizan el hecho de que los adolescentes en su comunidad tuvieron significativamente más necesidades insatisfechas que los que se encontraban en custodia. Esto pone en relieve la importancia de la evaluación de las necesidades de manera estructurada, tanto en los escenarios de custodia como dentro de la comunidad, en conjunto con un enfoque de mejoras continuas en la calidad de la atención de los programas de medio libre y los de régimen cerrado.

Tal y como Chitsabesan y cols. muestran la importancia de estudiar más ampliamente la psicopatología, Colins y cols. (2011) hacen énfasis en la relación entre los trastornos de la salud mental y los factores de riesgo de reincidencia del acto delictual en igual o mayor gravedad. Los autores concluyen que no existen evidencias significativas que demuestren que la aparición de trastornos mentales en adolescentes detenidos fuese factor de riesgo de reincidencia. Sin embargo, hacen énfasis en que la efectividad del tratamiento de estos trastornos a nivel clínico puede ser un factor protector que prevenga la detención futura y/o comisión de delitos graves en la adultez.

Por otro lado, a nivel país se realizó un estudio liderado por Rioseco y cols. (2009) con el objetivo de identificar la prevalencia de patologías psiquiátricas y variables individuales, educacionales y familiares asociadas a conductas delictivas en una muestra de 100 adolescentes infractores de ley de 12 a 17 años, arrojando que el 90% de los casos estudiados presentan algún tipo de psicopatología. Específicamente, los cuadros más prevalentes en los adolescentes fueron el trastorno disocial (46,9%), abuso de alcohol (26%) y dependencia a otras sustancias (18%). Concluyendo que las variables que mejor predicen la pertenencia al grupo de adolescentes infractores de ley es la menor capacidad intelectual, antecedentes de reprobación de año escolar, mayor número de parejas sexuales y presencia del trastorno disocial.

Los anteriores resultados, son consistentes con el estudio diagnóstico realizado por SENAME en febrero de 2012, donde el predominio de los trastornos se acentúa a los de tipo disruptivo y los trastornos asociados al consumo de sustancias. Ambas investigaciones están centradas en la evaluación de adolescentes privados de libertad y que, según los investigadores de ambos estudios, afirman que pueden existir variables intervinientes relacionadas al ambiente y a las condiciones de los centros de reclusión. La prevalencia de los trastornos ansiosos y de tipo emocional podría apuntar hacia la influencia de los elementos contextuales, lo que pone en evidencia la necesidad de proveer condiciones adecuadas de habitabilidad, promoción de 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.

Desde el punto de vista crítico, al conjugar el estado del arte en relación a la delincuencia juvenil y los patrones psicopatológicos, se puede establecer que existe una amplia variedad de estudios que se sobreponen en cuanto a sus resultados, haciéndolos difíciles de interpretar y generalizar para la población chilena. Más ampliamente, la variedad de las metodologías y el uso de estrategias de recolección de datos hacen que se generen diferentes resultados en relación a una misma población.

Igualmente, existe divergencia en relación al uso de las clasificaciones formales de los trastornos (DSM-IV vs. CIE-10), por lo que diferentes prevalencias son representativas a la definición y los criterios utilizados para diagnosticar. Como ya se ha mencionado anteriormente, casi todos los estudios se realizaron en jóvenes encarcelados o en régimen cerrado, consecuentemente las psicopatologías describen a un grupo delictivo grave y no permiten establecer las diferencias entre los jóvenes encarcelados por transgresiones de la ley y los que fueron encarcelados por otros factores, como el abuso de sustancias, el cual está asociado a patologías depresivas y ansiosas.

Finalmente, la mayoría de las investigaciones de relevancia tienen lugar en diferentes comunidades y/o países, lo que implica un posible sesgo de selección de acuerdo a las diferentes políticas públicas y específicas de los centros de atención, por lo que permite hacer pocas o casi nulas comparaciones entre los tipos de sanciones y gravedad de los delitos.

A partir de las anteriores afirmaciones, surge la necesidad de establecer adecuadas evaluaciones que den luces de los perfiles psicopatológicos que son propios de adolescente infractores de ley en su contexto y ambiente en desarrollo. Evitando, de esta manera, la influencia de variables que puedan sesgar los resultados y permitan establecer directrices a las intervenciones a nivel de la psicología clínica del adolescente y el sistema judicial. Todo esto, con el fin de prevenir la aparición temprana de los trastornos de la salud mental y proveer adecuado tratamiento clínico que permita disminuir las conductas delictuales y reforzar el alcance de las metas de reinserción social.

### **2.3. TRASTORNOS MENTALES Y SU CLASIFICACION CATEGORIAL**

A lo largo de la historia de la medicina ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, sin embargo siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización (Aliño, Miyar, de Flores i Formenti y APA, 2002).

Las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos dos milenios se han diferenciado en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. Algunos sistemas han incluido sólo unas cuantas categorías diagnósticas; otros han incluido miles. A partir de esto surge el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en sus siglas en inglés DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association, o APA) en sus diversas versiones y revisiones.

El DSM es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. Según el DSM cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (Aliño, Miyar, de Flores i Formenti y APA, 2002).

Esta clasificación es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de la evaluación multiaxial. Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados.

En la clasificación multiaxial DSM-IV (*texto revisado*) se incluyen cinco ejes:

- Eje I**      Trastornos clínicos  
                 Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
  
- Eje II**      Trastornos de la personalidad  
                 Retraso mental

**Eje III** Enfermedades médicas

**Eje IV** Problemas psicosociales y ambientales

**Eje V** Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación (Aliño, Miyar, de Flores i Formenti y APA, 2002).

### **2.3.1. Eje I. Trastornos Clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.**

El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental (que se han incluido en el Eje II). Los principales grupos de trastornos incluidos en el Eje I constan de los siguientes:

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II).
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos facticios.

- Trastornos disociativos.
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.
- Trastornos adaptativos.
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

### **2.3.2. Eje II. Trastornos de Personalidad y Retraso Mental.**

El Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Enumerar los trastornos de la personalidad y el retraso mental en un eje separado asegura que se tomará en consideración la posible presencia de trastornos de la personalidad y retraso mental, anomalías éstas que pudieran pasar desapercibidas cuando se presta atención directa a trastornos del Eje I, habitualmente más floridos. La codificación de los trastornos de la personalidad en el Eje II no implica que su patogenia o la índole de la terapéutica apropiada sean fundamentalmente diferentes de las implicadas en los trastornos codificados en el Eje I.

Los trastornos incluidos en el Eje II son los siguientes:

- Trastorno paranoide de la personalidad.
- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad.
- Trastorno antisocial de la personalidad.
- Trastorno límite de la personalidad.
- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno narcisista de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad por evitación.
- Trastorno de la personalidad por dependencia.
- Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad no especificado.
- Retraso Mental.

### **2.3.3. Eje III. Enfermedades Médicas.**

El Eje III incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. Estos estados están clasificados fuera del capítulo «Trastornos mentales» de la CIE-10 (y fuera del cap. V de la CIE-9-MC). La siguiente lista representa las principales categorías de enfermedades medidas clasificadas para este eje:

- Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias.
- Neoplasias.
- Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y algunas enfermedades inmunitarias.
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
- Enfermedades del sistema nervioso.
- Enfermedades del ojo y sus anejos.
- Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides.
- Enfermedades del sistema circulatorio.
- Enfermedades del sistema respiratorio.
- Enfermedades del aparato digestivo.
- Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo.
- Enfermedades del sistema musculo esquelético y del tejido conectivo.
- Enfermedades del sistema genitourinario.
- Embarazo, parto y puerperio.
- Patología perinatal
- Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas.
- Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otros apartados.
- Heridas, envenenamientos y otros procesos de causa externa.
- Morbilidad y mortalidad de causa externa.
- Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios.

La razón para distinguir enfermedades médicas es la de alentar la minuciosidad de la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud mental. Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos implicados en este efecto son fisiológicos.

#### **2.3.4. Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.**

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Ejes I y II). Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, sólo deben hacerse constar si constituyen un problema o conducen a él, como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a una situación nueva. Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención terapéutica general.

Cuando una persona tiene problemas psicosociales o ambientales múltiples, el clínico debe tomar nota de todos aquellos que juzgue relevantes. En general, el clínico sólo debe hacer constar aquellos problemas psicosociales y ambientales que hayan estado presentes durante el año anterior a la evaluación actual.

Sin embargo, el clínico puede decidir el registro de problemas psicosociales y ambientales acaecidos antes del año anterior si han contribuido claramente al trastorno mental o se han constituido en un objetivo terapéutico.

Los problemas se han agrupado en las siguientes categorías:

- **Problemas relativos al grupo primario de apoyo.** Por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos; nacimiento de un hermano.
- **Problemas relativos al ambiente social.** Por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).
- **Problemas relativos a la enseñanza.** Por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.
- **Problemas laborales.** Por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo
- **Problemas de vivienda.** Por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insaludable, conflictos con vecinos o propietarios.
- **Problemas económicos.** Por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.
- **Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.** Por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.

- **Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen.** Por ejemplo, arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.
- **Otros problemas psicosociales y ambientales.** Por ejemplo, exposición a desastres, guerras otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales

### **2.3.5. Eje V. Evaluación de la actividad global.**

El Eje V incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución.

El registro de la actividad general en el Eje V puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). La EEAG puede ser particularmente útil al seguir la evolución del progreso clínico de los sujetos en términos globales, utilizando una medida simple. La EEAG sólo debe ser abordada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. En la mayoría de los casos las evaluaciones de la EEAG deben referirse al período actual (es decir, el nivel de actividad en el momento de la evaluación) puesto que las evaluaciones de la actividad actual reflejarán generalmente la necesidad de tratamiento o intervención. En algunos centros clínicos puede ser útil cumplimentar la EEAG tanto en el momento de la admisión como en el del alta.

En conclusión, para efectos de la presente investigación se formularon los resultados a partir de los trastornos de la salud mental pertenecientes al Eje I de la evaluación multiaxial antes descrita. El instrumento utilizado está basado en la clasificación categorial del DSM-IV-TR excluyendo trastornos del desarrollo debido a lo considerado por la literatura, la cual exige la valoración o evaluación diagnóstica con instrumentos específicos creados para el diagnóstico de dichas patologías.

En la misma línea, se excluirán los trastornos de personalidad debido a que la muestra estuvo conformada por adolescentes de 14 a 17 años, los cuales se encuentran en proceso de construcción de su identidad y configuración de su estructura de personalidad. Por lo tanto, el diagnóstico de dichos trastornos podría no validarse y generalizar a otros sujetos de similares características.

#### **2.4. ADOLESCENCIA, CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELITO**

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta en el cual su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas. La OMS (2005) define la adolescencia como la etapa desde los 11 a los 19 años divididas en dos fases:

- Adolescencia temprana de 12 a 14 años.
- Adolescencia tardía de 15 a 19 años.

La adolescencia corresponde a un periodo evolutivo de procesos de desarrollo continuos, globales y flexibles a lo largo del tiempo y tienden hacia un mayor equilibrio e integración del individuo. Durante la adolescencia la tarea primordial es la configuración de la propia identidad, por lo que es un momento crucial y decisivo en la vida de cualquier hombre (Erikson, 1974). Es en esta etapa donde dichas configuraciones se vuelven protagonistas del proceso de desarrollo del adolescente y da pie a las interacciones entre los ámbitos de desarrollo social, cognitivo, emocional y psicológico del individuo con el ambiente donde se desarrolla (sociedad), los cuales direccionan la adaptación del joven o la aparición de conductas desadaptativas (psicopatología, detención en el desarrollo, trastornos mentales, dificultades en el desarrollo social, conducta antisocial, entre otros).

La conducta antisocial supone una desmentida de lo normado y una transgresión repetitiva de las reglas implícitas de convivencia y, en un mayor grado, de la ley. Los adolescentes que suelen incorporar elementos antisociales en su conducta lo hacen como parte de una exploración de identidades o bien como un modo de economía psicopatológica por medio del cual tramitan angustias y necesidades tempranas (Aberastury, 2007).

Lo anterior se desarrolla bajo la premisa de que un adolescente infractor de ley tiene, esencialmente, las mismas necesidades de desarrollo que cualquier otro adolescente (Muñoz, 2009). En consecuencia, los desajustes son parte de la adolescencia normal y su gravedad no refiere necesariamente a problemas de identidad, pues está aún en formación. Al respecto, Krauskopf (1996) alude que es probable que “conductas de riesgo como fumar, manejar carros audazmente y beber, sean equivalente a ritos generados en su propia subcultura”. La transgresión a la norma parental, escolar o social, se convierte en un medio de comprobación de los límites (externos e internos) y una búsqueda de consistencia con los ideales personales.

Como se mencionó anteriormente, hay un desarrollo adolescente esperable, que cursa con desajustes conductuales como los desórdenes transitorios normales (adaptación a los cambios biopsicosociales ligados a la adolescencia), y la crisis de adolescencia propiamente tal. En un grado de desarrollo psicopatológico, se encuentran las perturbaciones de la personalidad previa a la adolescencia, lo que se refiere a trastornos y situaciones tempranas no resueltas que se agravan en la adolescencia (Krauskopf, 1996). Un importante ejemplo de estos trastornos y/o rasgos se encuentra en algunos trabajos que han hallado correlaciones positivas entre trastornos conductuales -y conducta antisocial-, con los rasgos de agresividad, prejuicios étnicos e impulsividad (Landazabal, 2005).

Se puede hablar de conducta disruptiva normal toda vez que no hay psicopatología ni transgresión grave de la integridad física de una persona (violación u homicidio), ni robo, hurto o daño a la propiedad de otros de forma repetida, de inicio temprano y perdurable en el tiempo.

Desde una mirada judicial, son “adolescentes” todas las personas que ya han cumplido 14 años y hasta que cumplan 18, por lo que toda conducta transgresora que estos adolescentes cometan será penalizada, recibiendo a partir de ese momento en adelante el rótulo social y formal de “jóvenes infractores de ley” (LRPA, 2007).

Sin embargo, desde una mirada clínica, la transgresión grave podría dar cuenta de perversiones, psicopatías, trastornos de personalidad o trastornos de la salud mental (eje I) y la interacción entre factores sociales, familiares o ambientales. Debido a lo expuesto anteriormente, se utilizará la mirada clínica para fundamentar los alcances de este estudio y configurar los resultados.

## **2.5. CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES INFRACTORES DE LEY**

El consumo de drogas y la delincuencia son actividades que implican un enfrentamiento con las normas y las leyes sociales, las cuales pueden incluirse dentro del amplio margen de conductas socialmente desviadas. Según varios autores, entre ellos Pacheco (2008), es común que ambas conductas se presenten juntas principalmente en el periodo de la adolescencia, en que los sujetos están susceptibles a presentar conductas de riesgo. Lo anterior es consistente con lo referido por el SENDA (2013) quienes refieren que la relación entre el uso de alcohol y drogas en adolescentes infractores es altamente significativa. Refieren que al menos uno de cada dos adolescente infractores de ley declara haber estado usando marihuana en el último mes antes de ser detenido y uno de cada cuatro declara haber usado cocaína y/o pasta base.

Por otro lado, estudios de prevalencia sugieren que cerca del 80% de adolescente que infringen la ley han consumido marihuana alguna vez en su vida y, el consumo de cocaína bordea el 50% de adolescentes en total. 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 (UC, 2007). Con lo anterior, se señala que la mayoría de las personas que delinquentemente 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).

Chambers (1999) y Ghodse (2002), sugieren un importante rol del uso de drogas en la etiología y prognosis de desórdenes psiquiátricos, como trastornos afectivos, trastornos de déficit de atención con hiperactividad, desordenes ansiosos, desordenes conductuales y personalidad antisocial. Las patologías psiquiátricas también adquieren protagonismo en la etiología y en la vulnerabilidad al uso problemático de sustancias en jóvenes. 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 poca especialización no alcanzarían su objetivo (Smith y Springer, 1998).

En la misma línea, la presencia de trastornos psicológicos como la ansiedad, depresión o trastornos conductuales es alta en adolescentes infractores de ley, lo que empeora si estos presentan consumo problemático de drogas y alcohol. Asimismo, 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) refiere que el uso de drogas afecta el desarrollo normal del adolescente obstaculizando el logro de una identidad prosocial, así como la adquisición de habilidades interpersonales y académicas.

Adicionalmente, estudios identifican 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).

## **2.6. LEY DE RESPONSABILIDAD PENAL ADOLESCENTE N° 20.084**

Frente al aumento de las cifras de delincuencia juvenil a nivel país, como forma de responder a dificultades legales como el discernimiento y la inimputabilidad juvenil y, en el marco de la reforma judicial, entra en vigencia en el año 2007 la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (LRPA), la cual establece un sistema de responsabilidad para jóvenes entre 14 y 18 años que violen la ley penal. El objetivo de la LRPA es “hacer efectiva la responsabilidad de los adolescentes por los hechos delictivos que cometan, de tal manera que la sanción forme parte de una intervención socioeducativa amplia y orientada a la plena integración social” (Art. 20).

La LRPA señala expresamente que en su aplicación “Las autoridades tendrán en consideración todos los derechos y garantías que les son reconocidos en la Constitución, en las leyes, en la Convención sobre los Derechos del niño y en los demás instrumentos internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes” (Art.2).

Las infracciones o delitos que sanciona la LRPA no están señaladas directamente en ella, sino que se rigen a partir del Código Penal (adultos), así como en las “Leyes Penales Especiales” como la Ley de Drogas, La Ley de Seguridad Interior del Estado y la Ley de Violencia en los Estadios, entre otros. A pesar de ello, en cuanto a las sanciones que se aplican, la diferencia con el sistema de sanción de adulto, es altamente considerable.

La LRPA distingue dos grandes tipos de sanciones aplicables a los adolescentes:

- Sanciones privativas de libertad, configuradas por la Internación en Centro Cerrado e Internación en Centro Semi-Cerrado, en ambos casos con programa de reinserción social. En este caso, las sanciones privativas de libertad se asocian con la comisión de ilícitos de alta connotación social, delitos graves y violentos, además de la reincidencia continua del adolescente y la declaración de poca adherencia por parte de los programas ambulatorios que han trabajado con el adolescente en particular.

- Sanciones ambulatorias o en el medio libre, configuradas por Libertad Asistida Especial, Libertad Asistida, Prestación de Servicios en Beneficios de la Comunidad, Reparación del daño causado, Multa, Amonestación, y sanciones accesorias (tratamiento de rehabilitación a las drogas y alcohol) en orden de mayor a menor intensidad. Este nivel de intensidad es considerado por los jueces y entes competentes los cuales estipulan la sanción del adolescente según el tipo de delito cometido, las implicancias hacia la sociedad, las reincidencias que tiene dentro del sistema y los programas y sanciones previas que ha tenido el adolescente.

De acuerdo al artículo 20 de la LRPA, las sanciones de adolescentes tienen como finalidad hacer efectiva la responsabilidad del adolescente por los delitos cometidos, pero de manera que la sanción “forme parte de una intervención socioeducativa amplia y orientada a la plena integración social”. Éstas no deben estar orientadas únicamente al castigo, sino que buscan producir efectos positivos en el adolescente y en su entorno social. Esta finalidad positiva, que diferencia a este sistema del sistema penal de adultos, se refleja también en la mayor flexibilidad que existe durante la ejecución de sanciones.

Sin duda la ley presenta innumerables ventajas en relación al sistema antes existente y representa un avance significativo en el camino de la adecuación del sistema penal chileno a las normativas existentes en derecho comparado y a los tratados internacionales vigentes sobre el tema. Sin embargo, la implementación práctica de la misma no está exenta de reparos, susceptibles en todo caso, de una mejoría en el tiempo, lo cual supone mayor voluntad, compromiso y recursos económicos que permitan lograr una implementación exitosa del sistema de responsabilidad penal juvenil (Santibáñez, Alarcón, 2009).

La incorporación de esta normativa movilizó múltiples consideraciones y discursos socioculturales tendientes a resguardar los derechos superiores de los niños, niñas y adolescentes que hubieren transgredido la ley.

La sanción, protección y reparación se instalan desde entonces como máximas de trabajo en el sistema. Bajo la lógica restitutiva, nacen los programas de sanción focalizados en la reparación, habilitación y reinserción social, lo que sugiere que la pena no es simplemente el castigo al acto delictual, sino que es un proceso complejo que incluye tratamientos de tipo psicológico, rehabilitación farmacológica e incluso intervenciones sociales a la plena integración del infractor (Labranque, 2009).

En consecuencia, esta nueva disposición exige la co-construcción de un sistema jurídico, socioeducativo y clínico, adecuado a las necesidades biopsicosociales de dichos jóvenes. Puntualmente, desde la psicología clínica infanto juvenil, el desarrollo de esta nueva política pública constituye un avance significativo en materia de derechos en infancia y adolescencia otorgando un rol protagónico a los profesionales del área.

Dentro del marco de la presente investigación se estudiarán a adolescentes insertos en las sanciones no privativas de libertad, específicamente, en el régimen Libertad Asistida Especial, como uno de los programas de sanción focalizados en la reparación, habilitación y reinserción social del adolescente.

### **2.6.1. Programa Libertad Asistida Especial**

Según el Artículo 14 de la LRPA, el Programa Libertad Asistida Especial (PLE) corresponde a un tipo de sanción penal no Privativa de Libertad, destinada a adolescentes cuya responsabilidad en la comisión de un ilícito ha sido establecida en un tribunal en acuerdo a los principios del debido proceso.

El Art. 14 define al Programa Libertad Asistida Especial de la siguiente manera:

*“En esta modalidad de Libertad Asistida, deberá asegurarse la asistencia del adolescente a un programa intensivo de actividades socioeducativas y de reinserción social en el ámbito comunitario que permita la participación en el proceso de educación formal, la capacitación laboral, la posibilidad de acceder a programas de tratamiento y rehabilitación de drogas en centros previamente acreditados por los organismos competentes y el fortalecimiento del vínculo con su familia o adulto responsable”.*

La sanción de Libertad Asistida Especial, se ejecutará a través de acciones orientadas al control, responsabilización y reinserción social en el marco de las garantías.

- **Control.** Implica una mayor cantidad de contactos entre el Delegado (el programa) y el joven, fijados por el juez. En este sentido, se debe relevar nuevamente la característica cualitativa del control, donde siempre está presente la acción educativa: es transversal a todo el accionar del programa y tiene características más fácilmente medible en términos de cumplimiento o quebrantamiento si la o el infractor asiste a los controles o no.
- **Responsabilización.** Implica desarrollar una labor socioeducativa específica, que se desprende directamente de la naturaleza del delito cometido, grado de participación, factores de riesgo criminógeno, etc.
- **Reinserción Social.** Implica la incorporación del adolescente a la educación formal, la garantía de acceso a programas de red intersectorial y el desarrollo de un plan individualizado que perfile la intervención. No obstante, la LRPA establece que su ejecución deberá caracterizarse por la asistencia de los adolescentes a programas educativos y de reinserción social intensivos (SENAME, 2007).

Los anteriores objetivos son los componentes que delimitan las acciones que realizan los programas PLE que implementan los organismos acreditados colaboradores del SENAME, desde el diagnóstico a la evaluación para proponer el Plan de Intervención Individual (PII), según las orientaciones técnicas. El PII debe ser cumplido por el joven inserto en el PLE logrando transitar por las etapas ingreso, profundización diagnóstica y seguimiento, en la que a pesar de existir las orientaciones técnicas, cada programa u operario realiza el proceso según sus métodos y tiempos disponibles (dependiendo de lo solicitado por el tribunal). Durante el ingreso se realiza el contacto inicial con el adolescente realizando una entrevista entre el delegado a cargo del caso y el adolescente, al que se le explica el objetivo de programa y sus deberes y derechos logrando un primer acercamiento para dimensionarla complejidad del caso y las necesidades del adolescente. Luego en la fase de profundización diagnóstica se inician las tareas de recopilación de información para la elaboración del PII.

En el informe final acerca de la evaluación de las medidas y sanciones que se ejecutan en el medio libre del sistema de justicia juvenil realizado por el Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile en colaboración con el Ministerio de Justicia del Gobierno de Chile (2010), se estipula que a diferencia del procedimiento de la primera entrevista, la metodología utilizada para elaborar los diagnósticos es diversa. Algunos afirman que luego de aplicar la ficha de ingreso o de revisar la ficha del caso se efectúan una serie de entrevistas en profundidad al joven y en algunas ocasiones también a la familia o adulto responsable. En base a esta información, se estructura una síntesis diagnóstica y luego el PII, donde la calidad de estos documentos dependerá del tiempo que se disponga para entregar el PII al tribunal, así como de la disponibilidad del joven y de su familia de participar del proceso. Según éste estudio, un número reducido de programas han generado instrumentos estandarizados para medir diversas áreas del menor (intereses, historia delictual, consumo de sustancias, entre otras).

Asimismo, respecto a la persona encargada del diagnóstico, en algunos programas se afirma que este es realizado centralmente por el delegado con el apoyo de otros profesionales: psicólogo, psicopedagogo, etc. Otros señalan, en cambio, que esta actividad es realizada por una dupla (asistente social y psicólogo). Cuando el exceso de trabajo y la falta de tiempo no permiten incorporar una mirada multidisciplinaria en el diagnóstico puede generarse un informe incompleto. Ya que aun cuando los delegados, en su mayoría asistentes sociales, estén preparados para efectuar la tarea, no tienen las herramientas suficientes para abordar todos los ámbitos que implica un diagnóstico, por ejemplo, en materia de patología de salud mental o en materia de las habilidades para el aprendizaje.

De este modo, si bien es cierto que los profesionales de los equipos están capacitados para desarrollar buenos diagnósticos, la falta de procedimientos e instrumentos estandarizados, y de una mirada multidisciplinaria, conlleva dificultades para que el propio programa pueda comparar los resultados obtenidos entre un caso y otro. Esto además limita las posibilidades de que supervisores o evaluadores externos puedan revisar los resultados producidos por los programas.

Por tal motivo, en el estudio de evaluación antes mencionado, explican que es prácticamente imposible el desarrollo de evaluaciones de impacto, ya que ellas requieren de líneas de base que contengan información y metodología similar. Además, esto repercute en críticas de parte del sistema de judicial, ya que al no contar con parámetros comparables se hace aún más difícil para fiscales y defensores determinar qué medida es más idónea de aplicar para un caso en comparación al resto de los casos.

Luego que el diagnóstico es profundizado y perfeccionado el PII, los programas definen sistemas de seguimiento periódico de los casos. En este los delegados, con el apoyo de otro profesional (psicólogo o jefe técnico), abordan los casos según los objetivos planteados y van informando de los avances al tribunal, considerando el nivel de adherencia al programa, el cumplimiento del adolescente y las mejoras o progresos en los niveles y módulos planteados por el PII.

### 2.6.2. Panorama estadístico de la implementación de la LRPA

Con el objetivo de dimensionar algunos aspectos relevantes para este estudio, se analizarán algunos datos estadísticos en el contexto global e institucional que ampara la justicia juvenil en el país. Dentro del Anuario Estadístico Institucional del SENAME (2013), se estipula que un total de 13.332 adolescentes de 14 a 18 años han ingresado al sistema durante el año 2013. La tabla a continuación especifica los ingresos totales por edad, sexo y región (Ver tabla 1).

Tabla 1. Ingresos totales por edad, sexo y región<sup>1</sup>

Región	Sexo	14 – 15 años	16 – 17 años	18 años o más	Total
XV Arica y Parinacota	F <sup>2</sup>	2	12	2	16
	M <sup>3</sup>	44	87	16	147
I Tarapacá	F	20	262	39	484
	M	183	61	24	140

<sup>1</sup>Fuente: Anuario Estadístico Institucional, SENAME 2013.

<sup>2</sup> Femenino

<sup>3</sup> Masculino

II Antofagasta	F	55	61	24	140
	M	203	465	121	789
III Atacama	F	6	11	8	25
	M	39	107	55	201
IV Coquimbo	F	21	45	8	74
	M	136	289	74	499
V Valparaíso	F	53	102	22	177
	M	308	836	159	1303
VI Libertador Bdo. O'Higgins	F	-	-	-	-
	M	125	285	57	467
VII Maule	F	32	34	5	71
	M	159	346	87	592
VII BioBio	F	11	65	11	87
	M	271	574	131	976
IX La Araucanía	F	33	55	13	101
	M	173	402	104	679
XIV Los Ríos	F	16	14	3	33
	M	56	145	42	243
X Los Lagos	F	31	41	4	76
	M	149	318	51	518
IX Aysén	F	8	18	3	29
	M	24	86	19	129
XII Magallanes	F	3	22	5	30
	M	18	58	14	90
XIII Metropolitana	F	265	380	48	693
	M	1287	2832	400	4549
Total	F	571	932	163	1666
	M	3175	7122	1369	11666

Tratándose de los ingresos, el dato presentado en la tabla 1 se refiere al número de adolescentes y jóvenes cuyo ingreso está asociado a una causa judicial. Para calcularlo, se contabilizan los RUN de los/as jóvenes asociados a las causas (RUC) que presentan. Por ejemplo, si un joven ingresa en el mismo año con dos causas distintas, se contabiliza dos veces, pero si es por la misma causa se contabiliza una vez (SENAME, 2013). En la Región Metropolitana se denota un alza del total de ingresos significativa a diferencia del resto de las regiones a nivel nacional. Sólo en dicha región se encuentra el 39,40% (total adolescentes femeninos y masculinos: 5.242) de los ingresos de jóvenes al SENAME bajo el Sistema de Justicia Juvenil.

En la misma tendencia, los adolescentes de sexo masculino de la misma región cuentan con un número total de ingresos del 39% (total adolescentes masculinos: 4.549).

Los adolescentes de sexo masculino, entre 14 y 17 años de edad, en la Región Metropolitana, ascienden a 4119, es decir, un 35,30% de los ingresos de jóvenes al SENAME. Por tal motivo éste estudio se basa en las características demográficas descritas anteriormente. Otros datos relevantes obtenidos de la misma fuente, muestran que los Programas Libertad Asistida Especial en la región Metropolitana de Santiago, tienen el segundo lugar en la atención de adolescentes infractores como medida de sanción, puesto que son los programas de Servicios en Beneficio a la Comunidad y Reparación del daño causado (SBC) los utilizados con mayor frecuencia como medida de sanción escogida por los jueces y tribunales competentes.

Tabla 2. Ingresos de jóvenes por sexo, sanción y región<sup>4</sup>.

	CRC <sup>5</sup>		CSC <sup>6</sup>		PLA <sup>7</sup>		PLE <sup>8</sup>		SBC <sup>9</sup>		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
XV Arica y Parinacota	1	2	0	1	0	26	0	24	2	21	3	74
I Tarapacá	0	10	0	27	2	50	21	144	20	128	43	359
II Antofagasta	0	8	0	19	17	114	12	155	89	324	118	638
III Atacama	1	11	1	15	8	28	7	53	8	56	25	163
IV Coquimbo	0	16	0	17	8	55	2	56	9	108	19	252
V Valparaíso	0	34	1	43	13	196	17	192	41	292	72	757
VI Libertador Bdo. O'Higgins	1	15	0	14	8	41	5	61	8	91	22	222
VII Maule	0	23	0	21	9	109	5	72	6	88	20	313
VII BioBio	1	18	1	30	15	207	9	188	30	180	56	623
IX La Araucanía	0	14	0	12	13	77	1	69	22	146	36	318
XIV Los Ríos	4	15	0	0	0	18	7	66	4	69	15	168
X Los Lagos	0	14	0	12	13	77	1	69	22	146	36	318
IX Aysén	1	7	0	2	1	13	0	5	7	30	9	57
XII Magallanes	0	3	2	6	2	4	2	11	7	8	13	32

<sup>4</sup>Fuente: Anuario Estadístico Institucional, SENAME 2013

<sup>5</sup>Centro de Internación de Régimen Cerrado.

<sup>6</sup>Centro de Internación de Régimen Semi-Cerrado.

<sup>7</sup>Programa Libertad Asistida.

<sup>8</sup>Programa Libertad Asistida Especial.

<sup>9</sup>Servicio en Beneficio a la Comunidad y reparación del daño causado.

Región Metropolitana	0	224	1	115	64	625	46	645	325	1057	436	2666
<b>Total</b>	9	414	6	357	172	1629	151	1889	610	2812	948	7101

Este dato podría responder a que, en primera instancia, los jueces tienden a preferir la incorporación del adolescente al SBC, debido a que es un programa de menor intensidad de intervención y contribuye a que el adolescente aumente su sentido de responsabilidad con respecto a su participación en infracciones a la ley penal y su integración social, realizando acciones de reparación del daño a su comunidad. En una segunda instancia, la incorporación de adolescentes a los programas SBC podría responder al aumento de adolescentes con primeros ingresos, los cuales, son sancionados con penas de menor intensidad.

Para sustentar dichas hipótesis, la tabla 3 indica que los delitos más frecuentes en la región metropolitana son los robos con intimidación (delito considerado grave) y, muy cercanamente, seguido por los hurtos simples (menos graves).

La tabla 3 muestra los 10 tipos de delitos que cometen con mayor frecuencia los adolescentes que se ven vinculados con la red del SENAME. Se puede notar que, en contraste con otros delitos, el delito de Robo con Intimidación es el cometido con mayor frecuencia, el cual de un total de 1120 adolescentes sancionados, 637 corresponden a sanción con PLE (56,87%).

Lo anterior sucede igualmente con los Robos en Lugar Habitado, donde de un total de 935 adolescentes que cometieron este delito, 452 fueron sancionados con PLE (48,34%). Finalmente, los Robos con Violencia son sancionados con PLE en un 52,29% de las veces. Esto denota consistencia en las hipótesis expuestas anteriormente y da pie a plantearla existencia de una mayor complejidad en el perfil de la población adolescente que frecuenta los PLE, ya que es posible apreciar una relación significativa entre el nivel de gravedad del delito y el nivel de intensidad de la intervención necesaria, tanto, para la reinserción social como para el aumento de responsabilidad del adolescente.

Es por esto que en las orientaciones técnicas de estos programas exigen que la intervención esté sujeta a llevar a cabo acciones hacia el control, reinserción social y responsabilización. Para llevar a cabo acciones hacia la responsabilización, se deben desarrollar labores socioeducativas específicas, que se desprenden directamente de la naturaleza del delito cometido, grado de participación y factores de riesgo criminógeno (SENAME, 2010).

Tabla 3. Ingresos de jóvenes y adolescentes a sanciones, según delito<sup>10</sup>.

	CRC <sup>1</sup>	CSC <sup>2</sup>	PLA <sup>3</sup>	PLE <sup>4</sup>	SBC <sup>5</sup>	Total
Robo con intimidación	124	89	257	637	13	1120
Hurto simple de media a menos de 4 UTM	0	1	80	9	932	1022
Robo en lugar habitado o destinado a la habitación	87	96	241	452	59	935
Robo con violencia	77	80	203	411	15	786
Receptación	5	5	133	54	485	682
Robo en bienes nacionales de uso público	0	2	139	43	286	470
Robo por sorpresa	2	17	148	72	231	470
Robo en lugar no habitado	1	8	108	52	269	438
Hurto simple de 4 a 40 UTM	0	1	35	9	138	183
Trafico de pequeñas cantidades (Art. 4)	0	2	77	22	68	169

Finalmente, es necesario reportar que de un total de 10149 adolescentes egresados, 4827 corresponden a adolescentes que han cumplido la sanción en cualquiera de sus medidas, es decir el 47,56% (ver Tabla 4). En el caso de los egresos, el conteo se produce cada vez que un/a adolescente o joven egresa de una causa. Si en un mismo año egresa de dos causas distintas, se contabiliza por separado. Siempre se considera el último egreso.

En ese sentido, si un/a adolescente o joven ingresó a una medida cautelar y luego a una sanción, se contabiliza solo el egreso de la sanción. Por la misma razón, al entregar los datos en forma parcelada por medidas, salida alternativa y sanciones, el total es mayor que la suma de los datos generales de egreso (SENAME, 2013). Específicamente para los PLE, 1481 adolescentes han logrado cumplir la totalidad de su sanción de los 2040 que han ingresado durante el año 2013 (ver Tabla 4). Esto corresponde a que el 72,59% de los adolescentes han cumplido con el tiempo de sanción estipulado por el tribunal en los PLE, esto hace referencia a un alto nivel de logro de los programas Libertad Asistida Especial.

<sup>10</sup>Fuente: Anuario Estadístico Institucional, SENAME 2013

Tabla 4. Egresos de jóvenes y adolescentes de sanciones, según causal de egreso<sup>11</sup>.

	<b>CRC<sup>1</sup></b>	<b>CSC<sup>2</sup></b>	<b>PLA<sup>3</sup></b>	<b>PLE<sup>4</sup></b>	<b>SBC<sup>5</sup></b>	<b>Total</b>
Tribunal decreta cumplimiento de la sanción o salida alternativa	154	87	1572	1481	1533	4827
Tribunal decreta suspensión de la condena	0	178	454	506	764	1902
Adolescente ingresa a otra medida o sanción y no puede cumplir ambas simultáneamente	1	85	236	254	239	815
Incumplimiento de sanción o medida	19	340	48	25	58	490
Tribunal decreta quebrantamiento	1	25	40	51	356	473
Tribunal decreta remisión de la sanción	14	21	42	186	160	423

Las anteriores evidencias son altamente positivas para los PLE y generan un panorama estadístico del nivel de implementación de la LRPA en Chile durante el año 2013. Sin embargo, actualmente no se encuentran evidencias o estudios de fuentes oficiales sobre la relación entre estas variables o sobre cuales variables han influido en el nivel de efectividad de los programas PLE o los desafíos actuales de los programas colaboradores del SENAME.

Los datos reportados anualmente no estudian los perfiles criminológicos, de salud mental, o psicosociales de los adolescentes atendidos y su desarrollo luego de la intervención realizada por los programas.

Por lo tanto, es de alta relevancia para la actual etapa de implementación de la LRPA y para generalizar dichos alcances de los PLE hacia otros programas, poder describir a nivel de salud mental a los adolescentes atendidos por estos programas, incluyendo el consumo problemático de drogas y su relación con los tipos de delitos cometidos. De esta manera, proveer mayores herramientas de abordaje clínico y/o psicosocial para los profesionales que forman parte de los programas colaboradores del SENAME y favorecer el cumplimiento de los objetivos de reinserción social, control y responsabilización de los adolescentes infractores de la ley penal.

<sup>11</sup>Fuente: Anuario Estadístico Institucional, SENAME 2013

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Establecer la relación entre los trastornos de la salud mental, la comorbilidad, el consumo problemático de drogas con los tipos de delitos cometidos por adolescentes masculinos de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en la Región Metropolitana de Santiago de Chile.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 3.2.1.** Identificar los trastornos de la salud mental que presentan los adolescentes masculinos de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en la Región Metropolitana de Santiago de Chile.
- 3.2.2.** Identificar los trastornos de la salud mental comórbidos que presentan los adolescentes masculinos de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en la Región Metropolitana de Santiago de Chile.
- 3.2.3.** Determinar la presencia de consumo problemático de drogas en adolescentes masculinos de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en la Región Metropolitana de Santiago de Chile.
- 3.2.4.** Determinar los tipos delitos cometidos por adolescentes masculinos de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en la Región Metropolitana de Santiago de Chile.

**3.2.5.** Describir la relación entre los trastornos de la salud mental, la comorbilidad asociada, el consumo problemático de drogas con los tipos de delitos cometidos por adolescentes masculinos de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en la Región Metropolitana de Santiago de Chile.

### **3.3. HIPÓTESIS**

**H1** Los adolescentes de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en el Región Metropolitana de Santiago de Chile, en su mayoría presentan al menos un trastorno de la salud mental. Lo anterior debido a los factores psicológicos, biológicos y sociales que influyen directa o indirectamente en el desarrollo evolutivo de esta población.

**H2** Los adolescentes de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en el Región Metropolitana de Santiago de Chile, en su mayoría presentan al menos un trastorno comórbido de la salud mental. Esto debido a lo expuesto por estudios a nivel internacional que evidencian la presencia de dos o más patologías de la salud mental en adolescentes con características similares a los infractores de ley chilenos.

**H3** Los adolescentes de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en el Región Metropolitana de Santiago de Chile, en su mayoría presentan consumo problemático de drogas. Esto debido a los factores psicológicos, biológicos y sociales que influyen directa o indirectamente en el desarrollo evolutivo de esta población.

- H4** La presencia de trastornos de la salud mental se relaciona significativamente con el tipo de delito cometido por adolescentes de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en el Región Metropolitana de Santiago de Chile. Lo anterior debido a que los perfiles de salud mental y consumo de drogas son factores que influyen en la gravedad, reiteración y frecuencia del acto delictivo.
- H5** La presencia de trastornos comórbidos de la salud mental se relaciona significativamente con el tipo de delito cometido por adolescentes de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en el Región Metropolitana de Santiago de Chile. Lo anterior debido a que los perfiles de salud mental y consumo de drogas son factores que influyen en la gravedad, reiteración y frecuencia del acto delictivo.
- H6** La presencia de consumo problemático de drogas se relaciona significativamente con el tipo de delito cometido por adolescentes de 14 a 17 años infractores de ley que se encuentran insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial en el Región Metropolitana de Santiago de Chile. Lo anterior debido a que los perfiles de salud mental y consumo de drogas son factores que influyen en la gravedad, reiteración y frecuencia del acto delictivo.

#### **3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El proyecto de investigación diseñado para llevar a cabo el estudio ha sido modificado y por lo tanto el diseño y la metodología de la investigación de manera transversal fue reformulada. Lo anterior en respuesta a la baja accesibilidad a la muestra que cumple con los criterios de inclusión y exclusión que se desarrollan más adelante, incluyendo la baja participación de adolescentes insertos en los Programa de Libertad Asistida.

Específicamente, se denotan significativas dificultades para obtener adolescentes que participen activamente del programa y que deseen de manera voluntaria a participar del estudio, debido a que el Programa es percibido por los adolescentes como medida de control obligatoria y no como ente colaborativo y de desarrollo. Asimismo, se cuenta con acceso reducido a cuidadores o adulto responsable que apoye los procesos de intervención, aunado, al estrecho margen para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos debido al tiempo acotado en el que se debe realizar la profundización diagnóstica por parte de los delegados encargados del caso.

Considerado lo anterior, la presente investigación determinó la presencia de los trastornos de la salud mental, comorbilidad y el consumo problemático de drogas y los tipos de delitos que la muestra en estudio presentaba al momento de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. En consecuencia, se considera un estudio descriptivo, ya que permite indagar la presencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población y describirla (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006). Asimismo, se considera la investigación como exploratoria debido a que la cantidad de adolescentes estudiados permitió realizar una aproximación a la posible relación entre las variables en las condiciones en las que el estudio se llevó a cabo (Hernández et al., 2006).

Finalmente, es un estudio no experimental y transversal, puesto que se realiza la aproximación al fenómeno en un momento único en la vida de los adolescentes y en situación natural, sin la manipulación de las variables.

### **3.5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES**

**3.5.1. Trastorno de la Salud Mental.** Según el DSM-IV-TR se entiende como trastorno mental a un *“Síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta*

*culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica”* (Aliño, Miyar, de Flores i Formenti & APA, 2002).

Para efectos de esta investigación se considera como trastornos de la salud mental al resultado de la medición realizada a través de la entrevista DISC-IV, el cual está basado en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado (DSM-IV-TR).

**3.5.2. Comorbilidad.** Se entiende como comorbilidad a la presencia de más de un diagnóstico que se da en un individuo simultáneamente. En psiquiatría esto no implica necesariamente la presencia de múltiples enfermedades, sino que en realidad puede reflejar la incapacidad en este momento para asignar un único diagnóstico para todos los síntomas (First, 2005).

Para efectos de esta investigación la comorbilidad es el resultado de la medición realizada a través de la entrevista DISC-IV, el cual está basado en los criterios del DSM-IV-TR. Según el DSM-IV-TR, se entiende como comorbilidad a la presencia de más de un diagnóstico en un individuo simultáneamente. En la entrevista diagnóstica DISC-IV, la comorbilidad se identifica a través de la identificación y diferenciación de un trastorno primario y los secundarios.

**3.5.3. Consumo Problemático de Drogas.** Se entiende como consumo problemático de drogas a 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 (SENDA, 2010).

Para efectos de esta investigación se considera como consumo problemático de drogas a la medición realizada a través del instrumento denominado “Sospecha diagnóstica del consumo de drogas” el cual fue estandarizado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, 2010), el cual es actualmente utilizado para determinar el consumo

problemático de drogas por los equipos psicosociales del Servicio Nacional de Menores (SENAME).

**3.5.4. Tipos de Delitos.** Se entiende por delito y sus tipos a la clasificación utilizada por la Corporación Opción para el manejo de los casos atendidos, la cual ha sido tomada de la descripción contenida en el artículo 1° de la LRPA y descripción del Código Penal Chileno (Ver tabla 5).

Tabla 5. Clasificación de los tipos de delitos usados por la Corporación Opción

<b>Menos Graves</b>	Amenazas, consumo o porte de drogas en lugar público o privado, cuasidelito de lesiones, cultivo o cosecha de especies vegetales, estupefacientes, daños, demás delitos contra propiedad intelectual, desordenes públicos, falsificación o uso maliciosos de instrumento privado, lesiones leves, otras faltas del código penal. Delitos contra la ley 20000. Porte de elementos destinados a robos, quebrantamiento, receptación, robos en bienes nacionales, robos vehículo motorizado, unificación de pena, hurtos.
<b>Contra Bienes y Personas</b>	Abigeato, lesiones menos graves, robos con fuerza, robo en lugar habitado, robo en lugar no habitado, robo por sorpresa, violación de morada.
<b>Violentos</b>	Robo con intimidación, robo con intimidación y receptación, lesiones graves, porte de armas, tenencia de armas.
<b>Violentos de alta connotación Social</b>	Homicidio (frustrado, calificado y simple), incendio con resultado de muerte o lesiones, tráfico de drogas, micro tráfico de drogas, parricidio, robo con retención de víctima con lesiones graves, robo con violación, robo con intimidación y violencia, robo con violencia, secuestro, violación, abuso sexual.

### 3.5.5. Programa Libertad Asistida Especial

La Libertad Asistida Especial consiste en la sujeción del adolescente al control de un delegado conforme a un plan de desarrollo personal basado en programas y servicios que favorezcan su integración social. El delegado propondrá al tribunal un plan basado en un programa intensivo de actividades socioeducativas y de reinserción social en el ámbito comunitario que permita la participación en el proceso de educación formal, la capacitación laboral, la posibilidad de acceder a

programas de tratamiento y rehabilitación de drogas en centros previamente acreditados por los organismos competentes y el fortalecimiento del vínculo con su familia o adulto responsable (LRPA, 2007).

La definición del programa de Libertad Asistida Especial (PLE) se entenderá a partir de lo dispuesto por la LRPA (2007) en el artículo 14 de las sanciones no privativas de libertad.

### **3.6. COLECTIVO Y MUESTRA**

En función de la presente investigación se trabajó con un universo de adolescentes masculinos infractores de ley de 14 a 17 años que cumplen sanciones en los Programas Libertad Asistida Especial (PLE) de las comunas de Lo Espejo, La Pintana, Maipú, Cerro Navia y El Bosque de la Corporación Opción.

La muestra evaluada corresponde a los adolescentes de 14 a 17 años, 11 meses, 29 días de sexo masculino, la cual es de tipo no probabilística de elección razonada, ya que se seleccionaron a los adolescentes intencionalmente de los programas antes mencionados en función a la accesibilidad a ellos, a la particularidad de las intervenciones y a las fichas diagnósticas utilizadas durante el proceso de ingreso de cada programa colaborador del SENAME.

#### **3.6.1. Criterios de Inclusión**

- Adolescentes de sexo masculino.
- Adolescentes en edades comprendidas entre 14 y 17 años, 11 meses, 29 días.
- Cumplimiento de sanción en Programa de Libertad Asistida Especial de la Corporación Opción.
- Cumplimiento de la sanción en etapa de Profundización Diagnóstica.
- Cumplimiento de las consideraciones éticas.

### **3.6.2. Criterios de Exclusión**

- Cumplimiento de sanción en Servicio en Beneficio a la Comunidad (SBC) y sistema privativo de libertad.
- Adolescentes que hayan cumplido sanción previa más gravosa.
- No desean participar voluntariamente en la investigación.
- Cuidadores no autorizan la participación de su representado.

### **3.6.3. Tamaño y forma de extracción de la muestra**

Los sujetos de estudio fueron contactados por delegados y jefes técnicos de los programas de la Corporación Opción ubicados inicialmente en las comunas Maipú, La Pintana y Lo Espejo. Éstos adolescentes fueron escogidos de manera intencional según la disponibilidad de sujetos (población total de usuarios en los PLE) y el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión de la muestra. Acto seguido, se manifestó la necesidad de incluir los programas PLE de las comunas de Cerro Navia y El Bosque debido a que la cantidad de adolescentes insertos en los PLE que cumplían con los anteriores criterios era baja durante el momento de la recolección de datos. Por lo tanto, para efectos de esta investigación, la muestra se considera censal debido a que estudia a todos los adolescentes disponibles que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión durante el periodo de recolección de datos.

En conformidad con lo anterior, se logró obtener una muestra total de 33 adolescentes masculinos infractores de ley evaluados por los instrumentos de recolección de datos en cumpliendo las consideraciones éticas, logrando un grupo de adolescentes con características mayormente homogéneas

### **3.7. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.7.1. Diagnostic Interview Schedule of Children (DISC-IV)**

La presencia de un trastorno psiquiátrico y comórbidos en la muestra estudiada será evaluada usando la versión computarizada en español de la Diagnostic Interview Schedule of Children (DISC-IV), validado para la población chilena. La DISC-IV es una entrevista altamente estructurada creada por la Universidad de Columbia diseñada para realizar diagnósticos precisos de acuerdo con los criterios DSM-IV y CIE-10 en la población infanto juvenil (D. Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000).

El instrumento fue traducido y adaptado para la población habla hispana utilizando un modelo de adaptación transcultural, el cual tiene en consideración la semántica, el contenido, técnica, criterio y la equivalencia conceptual de las versiones lingüísticas transversales de un instrumento, dando como resultado una confiabilidad de diagnósticos justa (Bravo et al., 2001). La entrevista se aplica en un periodo de 45 a 60 minutos evaluando y distinguiendo 30 trastornos psiquiátricos a partir de los siguientes cuadros psicopatológicos de inicio en la infancia y adolescencia:

- Trastorno de ansiedad: fobia social, ansiedad por separación, fobias específicas, trastornos de pánicos, agorafobia, ansiedad generalizada, mutismo selectivo, trastorno obsesivo compulsivo y estrés postraumático.
- Trastornos del ánimo: trastorno depresivo mayor, distimia, episodios de hipomanía y manía.
- Esquizofrenia.
- Trastornos de la conducta: TDAH, trastorno oposicional desafiante y trastorno de la conducta.

- Abuso de sustancias: abuso o dependencia al alcohol, drogas, nicotina, marihuana, y otras sustancias.
- Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno eliminación, tic y tricotilomanía.

Para la población Chilena, la DISC-IV fue estandarizada por Saldivia, Vicente, Valdivia & Melipillan (2008) obteniéndose buenas evidencias de confiabilidad y validez a través de los índices de Kappa de Cohen ( $Kappa > .75$  y  $.40 < Kappa < .75$ ) para la población clínica y no clínica infanto-juvenil. En todos los casos, la especificidad es alta, con una elevada probabilidad de diagnosticar como sanos a aquellos que efectivamente lo son, por tanto los autores refieren que la DISC-IV es un instrumento válido para ser usado en la investigación en salud mental infanto-adolescente (Saldivia et al., 2008).

El instrumento ha conseguido imponerse por sobre otras entrevistas debido a la gran cantidad de estudios y los consistentes resultados que de ellos se han obtenido. Desde su creación, la DISC-IV ha sido sometida a un gran número de revisiones con el fin de mejorar su eficacia, sensibilidad, fiabilidad y validez (Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas, & Klaric, 1984; Fisher et al., 1993; Lewczyk, Garland, Hurlburt, Gearity, & Hough, 2003; Lucas et al., 2001; David Shaffer et al., 1996; David Shaffer et al., 1993).

Dadas las características psicométricas de la DISC-IV, su amplia utilización en estudios internacionales y la existencia de una versión en español estandarizada para la población chilena, el instrumento resulta adecuado para su utilización en la población adolescente, específicamente bajo el marco de la presente investigación.

### **3.7.2. Sospecha diagnóstica del consumo de drogas**

Actualmente, clínicos e investigadores cuentan con diversos instrumentos para la detección del consumo problemático de drogas y alcohol en la población adolescente y adulta. Sin embargo, no todos los instrumentos se encuentran adaptados y estandarizados para su aplicación en la población chilena ni para su utilización en estudios con población adolescente

infractora de ley. Por esta razón, se ha utilizado en el actual estudio el Instrumento “Sospecha diagnóstica del consumo de drogas” debido a que su versión más actualizada es recomendada por el SENDA (2007) y el Ministerio de Salud (MINSAL, 2010) para su utilización específica con adolescentes vinculados con el Sistema de Justicia Juvenil.

Más en detalle, el SENDA (2007) recomienda su utilización para detectar de manera precoz el consumo problemático pesquizando síntomas y signos que hacen presumir que el adolescente se encuentra en un nivel de consumo de sustancias psicoactivas determinado.

Para lo anterior el instrumento evalúa a través de los siguientes signos cardinales:

Tabla 6. Signos cardinales del Instrumento Sospecha Diagnóstica del consumo de drogas<sup>12</sup>

<b>Signos Cardinales</b>
<b>1. Consumo de Drogas.</b>
– Consumo sostenido en los últimos 6 meses.
– Frecuencia de consumo diario.
– Frecuencia de consumo semanal.
– Frecuencia de consumo mensual.
– Antecedentes de intoxicación aguda.
– Sospecha de síntomas de abstinencia.
<b>2. Deterioro evidente asociado al consumo de drogas</b>
– Lesiones de piel y/o mucosas, fanéreos.
– Deterioro del estado nutricional.
– Deterioro evidente de la salud dental.
– Antecedentes de intento de suicidio con consumo.
<b>3. Signos asociados al consumo de drogas.</b>
– Deserción del sistema escolar.
– Antecedentes de consumo de drogas y alcohol de algún miembro de la familia.
– Notable abandono de hábitos higiénicos y estéticos.

<sup>12</sup>Fuente: Orientaciones Técnicas. Tratamiento del consumo problemático de drogas de alcohol y drogas y otros trastornos de la salud mental en adolescentes infractores de ley, 2007.

El resultado de este instrumento se enmarca en el contexto del diagnóstico psicosocial que realiza el equipo SENAME dentro de sus programas colaboradores para el desarrollo de planes de intervención individual (PII), el cual utiliza un enfoque centrado en las necesidades y/o requerimientos del adolescente, por lo que la leve sospecha debe considerarse como certeza de un consumo problemático que dé pie al inicio de procesos diagnósticos, tratamiento del consumo, intervenciones preventivas o anticipatorias de daños mayores.

Finalmente, es necesario señalar que a pesar de la declarada validación del instrumento en el contexto de SENDA (2007) y MINSAL (2010) no existen datos publicados acerca de las variables psicométricas del instrumento. Por lo tanto, en base a las aplicaciones realizadas a los adolescentes que conforman la muestra en estudio, se obtuvo el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de los ítems del instrumento, el cual para un total de 33 casos válidos, se obtuvo un coeficiente de 0.868 de confiabilidad. Lo anterior refiere a un nivel *bueno* de confiabilidad y consistencia interna de los ítems del instrumento (Cronbach, 1951), lo cual logra sustentar los datos proporcionados por el instrumento utilizado.

### **3.7.3. Diagnóstico Diferencial Complementario - Recolección de Información Secundaria**

Como se ha expuesto en el marco teórico y en el estado del arte sobre la multicausalidad de factores que intervienen en la aparición de conductas delictuales en adolescentes, se visualiza la necesidad controlar las variables psicosociales que puedan intervenir en los resultados de la presente investigación. Por tanto, se utilizará el Diagnóstico Diferencial Complementario que realizan los delegados a cargo del caso durante los primeros 15 días del ingreso del joven al PLE. Todo esto con el fin de homogeneizar la muestra y obtener amplia información acerca de los sujetos que conforman la misma. Adicionalmente, se utilizará dicho diagnóstico para obtener el tipo de delito por el cual fue sancionado el adolescente estudiado.

El Diagnóstico Diferencial Complementario le permite al delegado conocer al joven y su ecología para diseñar un Plan de Intervención Individual que se llevará a cabo durante el periodo de la sanción. Este diagnóstico diferencial complementario se conforma a partir del método de la entrevista y observación de las dimensiones: individual, familiar, social-comunitario-territorial.

Para efectos de esta investigación se obtuvieron las siguientes variables de estudio:

- Edad y sexo de los adolescentes.
- Tipo de delito cometido.
- Sanciones previas cumplidas.
- Tiempo de permanencia en el PLE.
- Disponibilidad de adulto responsable para cumplir consideraciones éticas.
- Nivel de adherencia al programa. Cantidad y frecuencia de encuentros efectivos con delegados.

### **3.8. PROCESO DE ANALISIS DE DATOS**

Los datos utilizados para el análisis estadístico en la presente investigación fueron de tipo nominal, los cuales establecen categorías distintivas que no implican necesariamente un orden específico, por ejemplo, el tipo de Trastorno de la Salud Mental que presentan adolescentes masculinos de 14 a 17 años.

Para realizar el análisis de los datos se emplea la estadística descriptiva, a través del cálculo de frecuencias y representaciones gráficas. Se utiliza la moda como medida de tendencia central para determinar la frecuencia de los datos nominales, así como también la estadística inferencial empleando la prueba estadística no paramétrica de chi-cuadrado, a partir del cual se busca probar hipótesis correlacionales entre las variables nominales.

### **3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

- En relación a la institución se obtuvo el convenio institucional del director/coordinador de los PLE de la Corporación Opción, considerando su autorización para el acceso a los usuarios.
- En relación a los instrumentos se obtuvo la licencia correspondiente para su uso en versión computarizada en español a través de la Universidad de Columbia. Luego, se contactó con los investigadores de la Universidad de Concepción quienes suministraron la versión estandarizada para la población chilena. Asimismo, se obtuvo el Instrumento “Sospecha Diagnóstica del consumo de drogas” para el cual se realizó el análisis estadístico necesario para la obtención del nivel de confiabilidad del instrumento.
- En relación a los participantes, los adolescentes seleccionados fueron invitados a participar del estudio. Los adolescentes que accedieron a participar, fue recogido el consentimiento explícito del adolescente y su cuidador a través de un formulario. La información acerca de la identidad de los jóvenes, su condición clínica y la resultante del instrumento aplicado fue resguardada.
- En relación a los resultados de la evaluación, en aquellos casos en que se pesquisó patología psiquiátrica se informó a los cuidadores garantizando en todo momento absoluta confidencialidad de la información. Además de proveer el perfil psicopatológico de los adolescentes a sus cuidadores, se darán opciones de derivación según las necesidades y la red de salud mental que ofrece la comuna. Sólo en casos donde el investigador considere necesario, se compartirá diagnósticos generales y recomendaciones al delegado encargado del caso.

### **3.10. PROCEDIMIENTO**

El proceso de investigación se llevó a cabo de la siguiente manera:

- a. Recopilación bibliográfica relevante, a través de las bases de datos EBSCO, ProQuest, Catálogo Bello de la Universidad de Chile, SIBUC de la Pontificia Universidad Católica, Google Scholar, según los resultados obtenidos se profundizó en la búsqueda por autor citado en las referencias de los artículos revisados.
- b. Determinar base teórica y variables de estudio de interés.
- c. Determinar población a estudiar y métodos de recolección de datos basado en la recopilación teórica y estudios previos en la población adolescentes infractores de ley.
- d. Plantear las preguntas de investigación.
- e. Realizar y diseñar el Proyecto de Investigación junto a la proyección de objetivos a corto, mediano y largo plazo (Plan de Trabajo-Carta Gantt).
- f. Hacer contacto con el Coordinador de Proyectos de la Corporación Opción para plantear objetivos de la investigación y generar instancias de colaboración mutua.
- g. Firma del convenio inter-institucional entre la Universidad de Chile y la Corporación Opción.
- h. Contactar a Sandra Saldivia, Feliz Cova, Benjamín Vicente y Pedro Rioseco investigadores de la Universidad de Concepción, para obtener los documentos de adaptación del instrumento (“Fe de erratas” y “Manual de Urgencias DISC-IV”) y los medios de contacto con la Universidad de Columbia.
- i. Obtener la entrevista DISC-IV y su licencia de uso a través del contacto y compra de los mismos en la Universidad de Columbia, USA.
- j. Revisión exhaustiva del material de uso de la entrevista proporcionada por la Universidad de Columbia.
- k. Revisión exhaustiva de la entrevista computarizada (C-DISC-IV).

- l. Revisión del material de la entrevista DISC-IV obtenido para estructurar los procesos de evaluación de los adolescentes y aumentar habilidades de la terapeuta en la aplicación de los instrumentos junto al director de tesis, Decio Mettifogo.
- m. Realizar estudio piloto para asegurar la adecuada aplicación de los métodos de recolección de datos a la población adolescente infractora de ley y la obtención adecuada de los objetivos de la investigación.
- n. Capacitar a las evaluadoras en los instrumentos de recolección de datos y objetivos de la investigación.
- o. Hacer contacto y realizar reuniones con los directores de los PLE ubicados en las comunas La Pintana, Lo Espejo, Cerro Navia, El Bosque y Maipú para definir proceso de recolección de datos dentro del programa y citación de adolescentes al centro.
- p. Revisión de perfiles de los adolescentes junto a Jefe Técnico de cada programa para asegurar que la muestra obtenida cumpla con los criterios de inclusión, exclusión y consideraciones éticas.
- q. Indagar junto a Jefe Técnico los archivos correspondientes al Diagnóstico Diferencial Complementario para lograr homogeneizar la muestra de adolescentes.
- r. Obtener los consentimientos informados de parte de los cuidadores de los adolescentes seleccionados durante las visitas domiciliarias que llevan a cabo los delegados encargados de los casos.
- s. Inicio de la recolección de datos aplicando los instrumentos en una sesión de 90 minutos, con receso de 10 minutos para los jóvenes.
- t. Realizar informes de resultados por cada adolescente evaluado y generar instancias de devolución a los cuidadores y delegado encargado del caso. En estas instancias se recomienda la derivación del caso a redes comunales según las necesidades de los adolescentes y la disponibilidad de la red comunal.
- u. Hacer uso del SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para la realización de la base de datos y el análisis de los resultados.
- v. Plantear resultados y discusión de los mismos utilizando los resultados de la investigación centrados en la base de datos y recopilación teórica.

- w. Formular el documento final de la tesis, aplicando normas APA y formatos de diseño del documento según los criterios de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.
- x. Someter el documento a revisión exhaustiva del director de tesis.
- y. Realizar revisión final y modificaciones pertinentes, para llevar a cabo la entrega de la investigación.

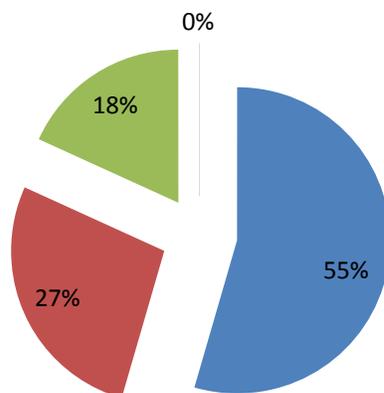
#### 4. RESULTADOS

Para plantear los resultados de la presente investigación se trabajó con un total de 33 adolescentes masculinos que conforman la muestra, los cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión de la misma, las consideraciones éticas exigidas para la realización del presente estudio y las formulas estadísticas para determinar el tamaño de la muestra.

De los 33 adolescentes masculinos, 18 adolescentes tienen 17 años, es decir el 54,5%, seguido de 9 adolescentes con 16 años (27,3%), y 6 adolescentes con 15 años, los cuales corresponden al 18,2% del total. No se logró incluir adolescentes de 14 años en la muestra, por lo cual no se establecerán resultados extrapolables para la población de adolescentes infractores de ley de 14 años insertos en los Programas de Libertad Asistida Especial (Ver gráfico1).

**Gráfico 1. Distribución de la muestra según edad de los sujetos de estudio**

■ 17 años ■ 16 años ■ 15 años ■ 14 años



Los adolescentes que cumplían sanción en los PLE en la comuna de El Bosque, corresponden al 21,24% (8 en total). Muy cercanamente, el 21,21% del total de los adolescentes cumplían sanción en el PLE La Pintana, al igual que en la comuna de Cerro Navia con la misma proporción (21,21%). Finalmente, en la comuna de Lo Espejo y Maipú, los adolescentes de la muestra se distribuyeron en un 18,18% y 15,15% respectivamente (Ver tabla 9).

Tabla 7. Distribución de la muestra según edad y comuna de ubicación de los PLE.

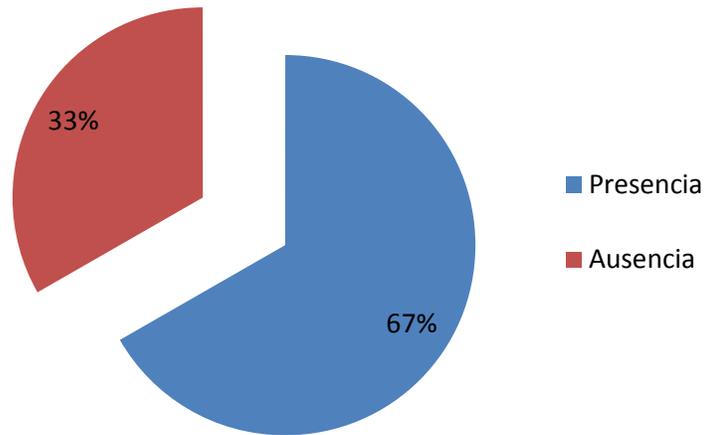
<b>Comuna</b>	<b>14 años</b>	<b>15 años</b>	<b>16 años</b>	<b>17 años</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
La Pintana	0	1	1	5	7	21,21%
Maipú	0	1	2	2	5	15,15%
Lo Espejo	0	4	1	1	6	18,18%
Cerro Navia	0	0	2	5	7	21,21%
El Bosque	0	0	3	5	8	21,24%
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Al describir la muestra de adolescentes estudiados, se puede notar que existe una tendencia mayor hacia el ingreso de adolescentes de 17 años en los PLE de las comunas anteriormente descritas correspondientes a la Región Metropolitana de Santiago. Esto a diferencia de los adolescentes de 14 años, quienes son pocos los que son sancionados con esta medida, ya que por las variables de edad y número de ingresos al sistema, ingresan inicialmente a los Programas de Servicio en Beneficio a la Comunidad y Reparación del daño causado (SBC) o, cuando es de mayor gravedad el delito cometido, ingresan a los Programas Libertad Asistida (PLA) (SENAME, 2013).

Por otro lado, al analizar el primer objetivo específico de esta investigación se realizó el procesamiento de datos mediante tablas de frecuencias de estadísticos descriptivos, para lograr establecer la frecuencia de aparición de los Trastornos de la Salud Mental del Eje I correspondiente a la Clasificación propuesta por el DSM-IV-TR, dato obtenido a través de la aplicación de la entrevista DISC-IV.

Se puede notar en el Gráfico 2, que 22 de los 33 adolescentes evaluados presentan al menos un Trastorno de la Salud Mental, lo cual corresponde al 66,7% de la muestra<sup>13</sup>.

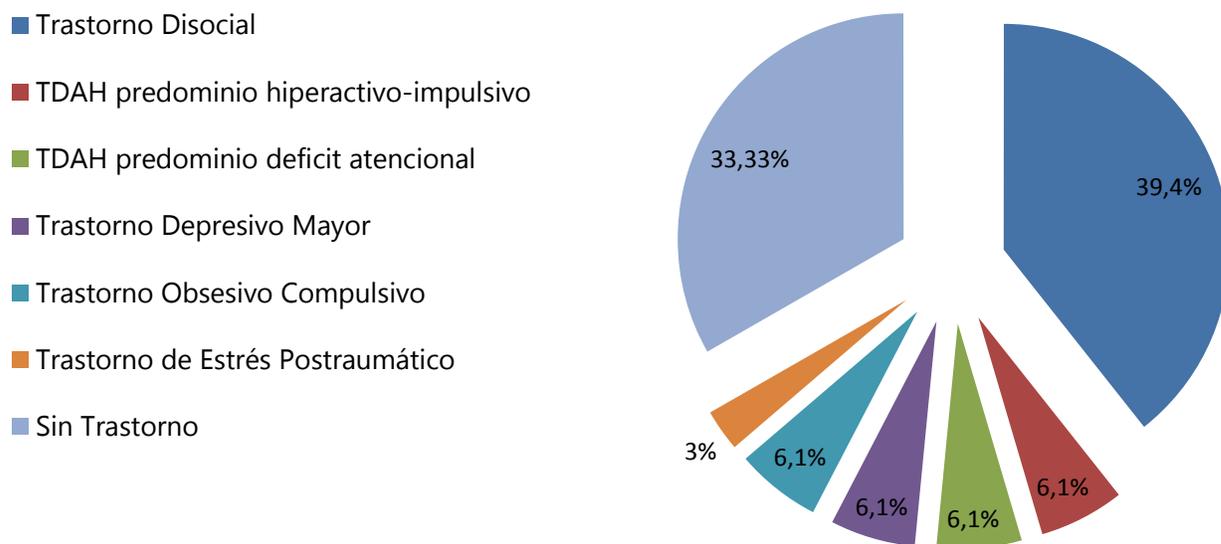
**Gráfico 2. Presencia de Trastornos de la Salud Mental**



Dentro del 66,7% de los adolescentes evaluados presentan algún Trastornos de la Salud Mental, el Trastorno Disocial sobresale entre ellos obteniendo un 39,4% de frecuencia de aparición. En otras palabras, de los 22 adolescentes de 33 (total de la muestra) que presentan algún trastorno de la salud mental, 13 de ellos presentan Trastorno Disocial (Ver gráfico 3). Seguido del Trastorno Disocial, se encuentran los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad con 12,2% de frecuencia de aparición (4 del total de 22 de adolescentes que presentan algún trastorno), distribuyéndose equitativamente entre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio del Déficit de Atención con un 6,2% y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio del tipo Hiperactivo-Impulsivo con un 6,2% de aparición. En la misma tendencia, el Trastorno Obsesivo Compulsivo se muestra con un 6,2% (2 del total de 22) por sobre el Trastorno por Estrés Postraumático, el cual aparece con un 3%, representando de esta manera a 1 adolescente de 22 del total de adolescentes que presenta algún Trastorno de la Salud Mental (Ver gráfico 3).

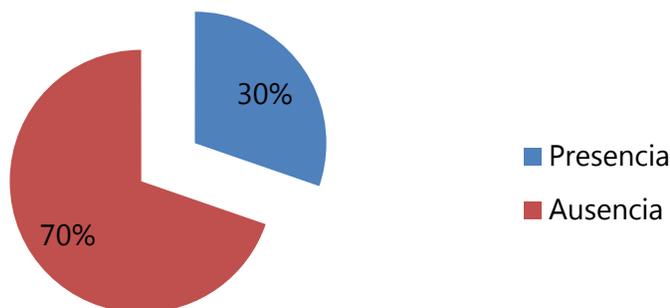
<sup>13</sup> Dato que confirma la Hipótesis 1 planteada para este estudio.

**Gráfico 3. Distribución de los Trastornos de la Salud Mental que presentan la muestra de adolescentes en estudio**



En relación al segundo objetivo específico propuesto, se obtiene que el 70% del total de la muestra no presenta trastornos comórbidos de la Salud Mental, es decir, 23 de los 33 adolescentes evaluados no presentan trastornos secundarios en el Eje I de la Clasificación propuesta por el DSM-IV-TR, el cual fue obtenido a través de la aplicación de la entrevista DISC-IV<sup>14</sup>. Por lo tanto, sólo 10 de 33 adolescentes evaluados presentan al menos un Trastorno de la Salud Mental comórbido, los que corresponden al 30% (Ver gráfico 4).

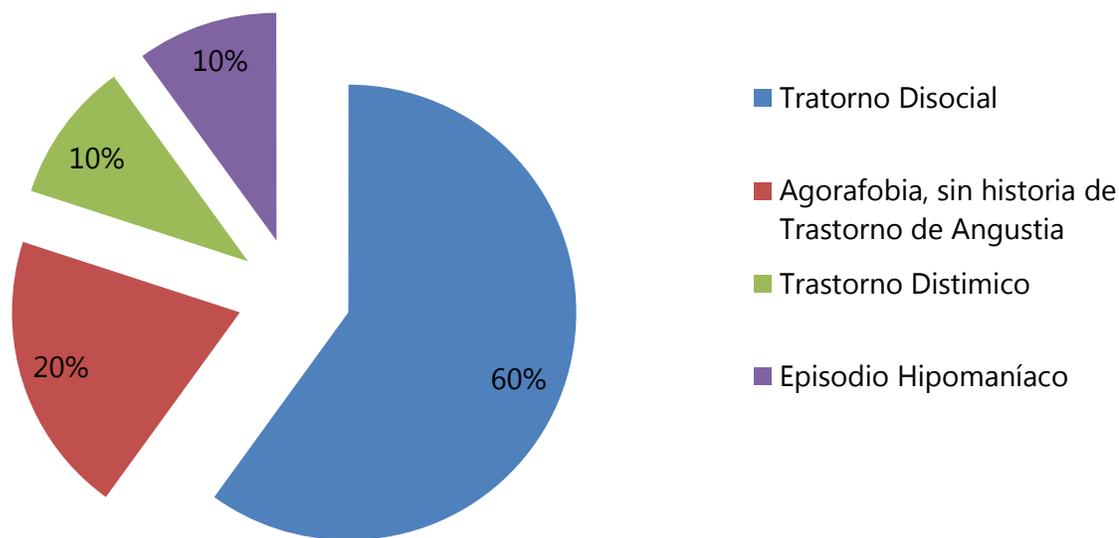
**Gráfico 4. Presencia de Trastornos Comorbidos de la Salud Mental**



<sup>14</sup> Dato que rechaza la Hipótesis 2 planteada para esta investigación.

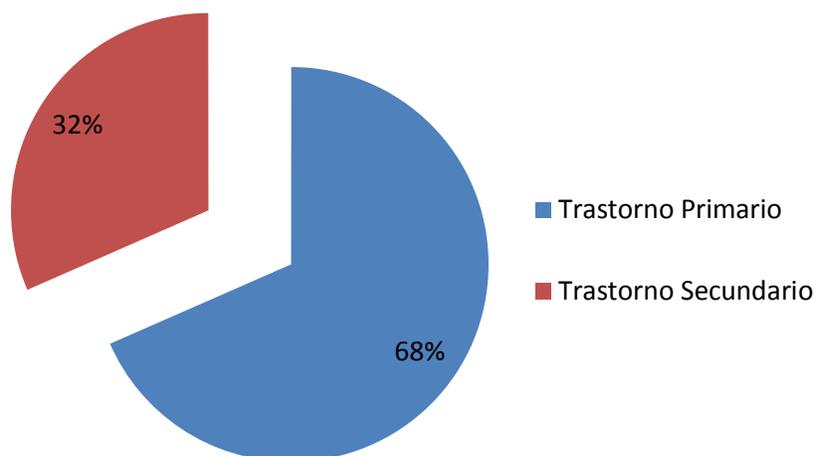
Del total de casos que presentan un Trastorno Comórbido de la Salud Mental, se denota que el Trastorno Disocial tiene una presencia superior a la del resto de los trastornos considerando que 10 adolescentes que presentaron Trastornos Comórbidos, 6 de ellos presentaban este Trastorno, es decir, 60% de ellos, seguido por la presencia de Agorafobia sin historia de Trastorno de Angustia con un 20%, representado por 2 de 10 adolescentes. Finalmente, sólo fue diagnosticado un adolescente con Trastornos Distímico por lo que refiere una presencia del 10%, al igual que el diagnóstico de Episodio Hipomaniáico con la misma presencia y proporción (Ver gráfico 5).

**Gráfico 5. Tipos de Trastornos Comórbidos presentes en la muestra**



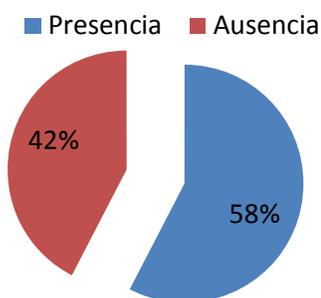
Es relevante distinguir la presencia del Trastorno Disocial en la muestra estudiada, tomando en cuenta su alta presencia como trastornos primario o secundario en el Eje I de la evaluación multiaxial de la Clasificación propuesta por el DSM-IV-TR. Ante esto, se puede concluir que del total de diagnósticos del Trastorno Disocial (19 del total de adolescentes que conforman la muestra) el 68% de ellos se ubican como Trastorno Primario del Eje I de la evaluación multiaxial, y el 32% como Trastorno Secundario, es decir como Trastorno Comórbido (Ver gráfico 6).

**Gráfico 6. Distribución del Trastorno Disocial**

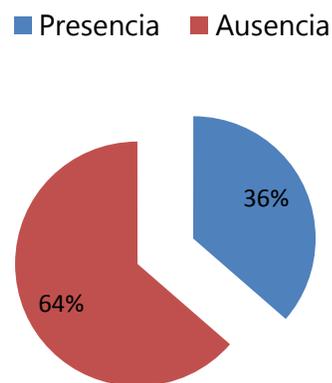


En relación al tercer objetivo específico se observa que los adolescentes infractores de ley estudiados presentaron en un 58% Consumo Problemático de Drogas<sup>15</sup>. Esto da cuenta de que 42% de adolescentes infractores de ley evaluados, no presentan consumo problemático de drogas (Ver gráfico 7). Este dato se relaciona con los datos aportado por la DISC-IV, el cual ha diagnosticado Dependencia al Consumo de Marihuana (THC) en un 36,4% (Ver gráfico 8).

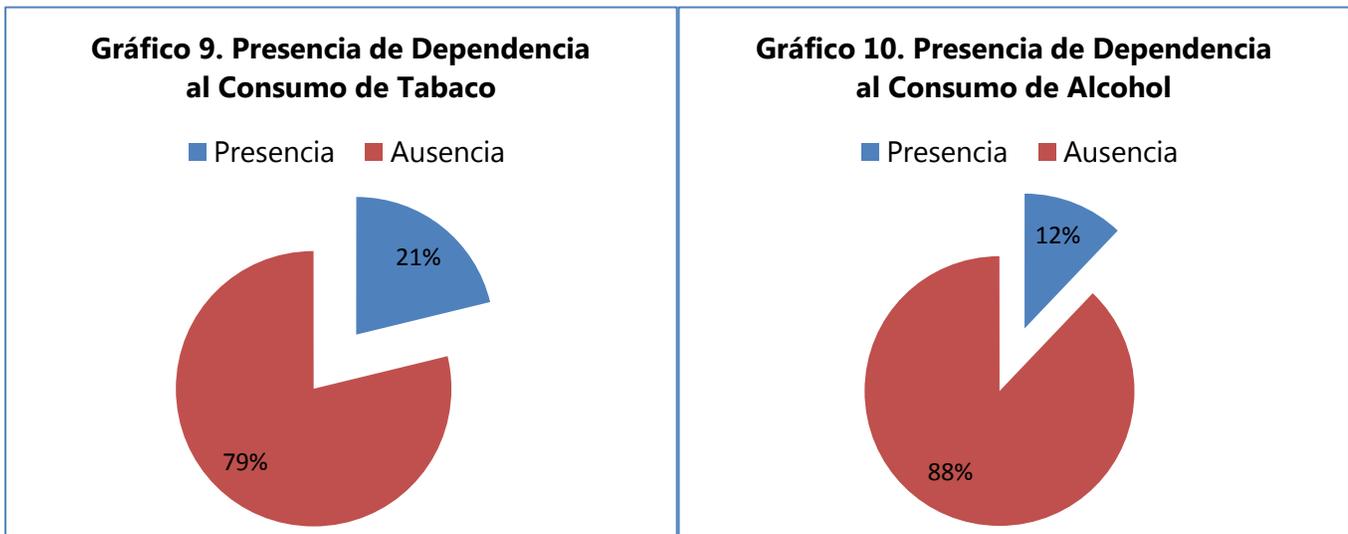
**Gráfico 7. Presencia de Consumo Problemático de Drogas (Instrumento Sospecha Diagnóstica del consumo de Drogas)**



**Gráfico 8. Presencia de Dependencia al Consumo de Marihuana (DISC-IV)**

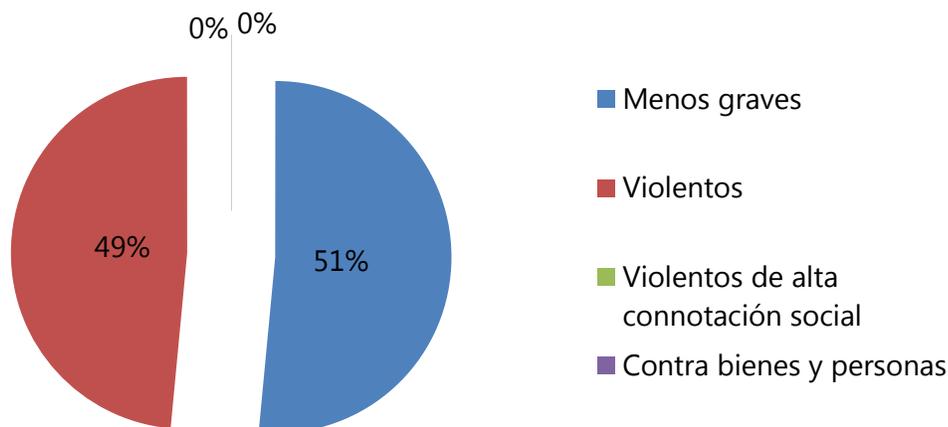


Considerando lo anterior, es relevante reportar que de la aplicación de la DISC-IV se ha logrado diagnosticar a los adolescentes evaluados con Dependencia Consumo al Tabaco y al Alcohol en un 21,2% y 12,1% respectivamente (Ver gráfico 9 y 10). Esto quiere decir que 7 de 33 adolescentes presentan Dependencia al Consumo de Tabaco y 4 de 33 adolescentes, que representan en total de la muestra, presentan Dependencia al Consumo de Alcohol (Ver gráfico 9 y 10).



Al responder al cuarto objetivo de investigación enfocado en determinar los tipos de delitos más frecuentes cometidos por adolescentes que conforman la muestra, se obtuvo que del total de 33 adolescentes el 51,5% fueron sancionados con el Programa Libertad Asistida Especial debido a la comisión de delitos Menos Graves. En segundo lugar, se encuentran los Delitos Violentos, donde 16 de los 33 adolescentes estudiados fueron sancionados con PLE debido a la comisión de dicho tipo de delito, lo que corresponde al 48,5%. En consecuencia, la muestra estudiada no presenta la comisión de delitos correspondientes a la categoría de Delitos Violentos de Alta Connotación Social y Delitos Contra Bienes y Personas, puesto que ningún adolescente evaluado fue sancionado con PLE debido a la comisión de dichos tipos de delitos (Ver tabla 11).

**Gráfico 11. Tipos de delitos cometidos por la muestra**



Para responder el objetivo específico 5 de la investigación y por consiguiente establecer el nivel de asociación entre las variables antes descritas se utilizó el coeficiente de correlación chi-cuadrado de Pearson<sup>16</sup>, a partir del cual se busca probar hipótesis correlacionales entre las variables nominales.

En función de determinar el nivel de asociación entre los Trastornos de la Salud Mental con los Tipos de Delitos cometidos por los adolescentes que conforman la muestra, se utilizó únicamente la muestra de adolescentes que fueron diagnosticados con algún tipo de Trastorno de la Salud Mental, es decir, que del total de 33 adolescentes evaluados, se utilizaron los 22 casos diagnosticados para formular el nivel de asociación entre las variables Trastorno Mental y Tipos de Delitos, lo cual corresponde al 66,7% de la muestra (Ver gráfico 2 y tabla 8).

---

<sup>16</sup> El coeficiente de correlación de Chi-cuadrado de Pearson es una medida de correlación que indica el grado de asociación entre variables que se encuentran en un nivel de medición nominal.

**Tabla 8. Tabla de Contingencia**  
**Trastorno de la Salud Mental \* Tipos de Delitos**

Recuento

% %		Tipos de Delitos		Total
		Menos Graves	Violentos	
<b>Trastorno de la Salud Mental</b>	Trastorno Obsesivo Compulsivo	1 4,5%	1 4,5%	2 9,1%
	Trastorno por estrés postraumático	0 0%	1 4,5%	1 4,5%
	Trastorno Depresivo Mayor	0 0%	2 9,1%	2 9,1%
	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, predominio del déficit de atención	2 9,1%	0 0%	2 9,1%
	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, predominio hiperactivo-impulsivo	0 0%	2 9,1%	2 9,1%
	Trastorno Disocial	4 18,2%	9 40,9%	13 59,1%
<b>Total</b>		7 31,8%	15 68,2%	22 100%

Como resultado de las pruebas de Chi-Cuadrado se obtuvo que no existe asociación significativa entre la presencia de Trastorno de la Salud Mental en un adolescente infractor de ley inserto en los PLE con los tipos de delitos cometidos por ellos y por lo cual fueron sancionados con dicho programa ( $\chi^2 = 6,930$ ;  $\text{Sig} = 0,226$ )<sup>18</sup>. Por lo tanto se puede concluir que ambas variables son independientes y no implican relación de ocurrencia o frecuencia de las mismas (Ver tabla 9).

**Tabla 9. Pruebas de Chi-cuadrado**  
**Trastorno de la Salud Mental \* Tipos de Delitos**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,930	5	,226
Razón de verosimilitudes	8,701	5	,122
Asociación lineal por lineal	,022	1	,882
N de casos válidos	22		

<sup>17</sup> Porcentaje estimado sobre el total de 22 adolescentes diagnosticados con al menos un trastorno de la salud mental.

<sup>18</sup> Dato que rechaza la Hipótesis 4 planteada para esta investigación.

Por otro lado, en función de determinar el nivel de asociación entre los Trastornos Comórbidos de la Salud Mental y los Tipos de Delitos cometidos por la muestra estudiada, se utilizó la muestra de adolescentes que presentaban al menos un trastorno secundario en el Eje I de la evaluación Multiaxial propuesta por el DSM-IV-TR. En otras palabras, del total de 33 adolescentes estudiados, se tomaron para el análisis relacional de estas variables a 10 de ellos, los cuales representan el 30% del total de la muestra (Ver gráfico 4 y tabla 10).

**Tabla 10. Tabla de Contingencia  
Comorbilidad \* Tipos de Delitos**

Recuento % <sup>19</sup>		Tipos de Delitos		Total
		Menos Graves	Violentos	
Comorbilidad	Trastorno Distímico	1 10%	0 0%	1 10%
	Episodio Hipomaniáco	0 0%	1 10%	1 10%
	Trastorno Disocial	1 10%	5 50%	6 60%
	Agorafobia sin historia de Trastorno de Angustia	0 0%	2 20%	2 20%
Total		2 10%	8 80%	10 100%

Sobre esta base, se obtuvo que no existe relación significativa entre la presencia de Trastornos Comórbidos de la Salud Mental y la comisión de los tipos de delitos por los cuales fueron sancionados los adolescentes evaluados<sup>20</sup>. Esto fue determinado a través de la aplicación del coeficiente de correlación de Chi-cuadrado de Pearson del cual se obtuvo un valor de 4,792 y un nivel de significación del 0,188 (ver tabla 11).

<sup>19</sup> Porcentaje estimado sobre el total de 10 adolescentes diagnosticados con trastorno comórbido de la salud mental.

<sup>20</sup> Afirmación que rechaza la Hipótesis 5 planteada para este estudio.

**Tabla 11. Pruebas de chi-cuadrado  
Comorbilidad \* Tipos de Delitos**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,792	3	,188
Razón de verosimilitudes	4,601	3	,203
Asociación lineal por lineal	2,170	1	,141
N de casos válidos	10		

Finalmente, se estudió la presencia de consumo problemático de drogas en los 33 adolescentes que conforman la totalidad de la muestra, obteniendo que de los 19 adolescentes que presentan consumo problemático de drogas (57,6%), 13 de ellos cometieron delitos del tipo Violentos (39,4%), el resto de adolescentes mostraron la comisión de delitos Menos Graves (18,2%). En consecuencia, de los 14 adolescentes que no presentan consumo problemático de drogas cometen en un 33,3% delitos Menos Graves a diferencia del grupo anterior (Ver tabla 12).

**Tabla 12. Tabla de contingencia  
Consumo Problemático de Drogas \* Tipos de Delitos**

Recuento		Tipos de Delitos		Total
		Menos Graves	Violentos	
Consumo Problemático de Drogas	Si	6 18,2%	13 39,4%	19 57,6%
	No	11 33,3%	3 9,1%	14 42,4%
Total		17 51,5%	16 48,5%	33 100%

Lo anterior demuestra que existe una relación significativa entre el consumo problemático de drogas y la comisión de Delitos Graves en la muestra de adolescentes evaluados, lo cual fue respaldado a través de la aplicación del coeficiente de correlación de Chi-cuadrado de Pearson del cual se obtuvo un valor de 7,127 y un nivel de significación del 0,008, confirmando de esta manera la hipótesis 6 de la presente investigación<sup>21</sup>.

**Tabla 13. Pruebas de chi-cuadrado**  
**Consumo Problemático de Drogas \* Tipos de Delitos**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,127	1	,008		
Corrección por continuidad	5,369	1	,020		
Razón de verosimilitudes	7,470	1	,006		
Estadístico exacto de Fisher				,013	,009
Asociación lineal por lineal	6,911	1	,009		
N de casos válidos	33				

<sup>21</sup> Dato que confirma la hipótesis 6 de la presente investigación.

## 5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 33 adolescentes de 15 a 17 años quienes han cometido delitos y, en consecuencia, han sido sancionados con los Programas Libertad Asistida Especial de la Corporación Opción ubicados en las comunas La Pintana, Maipú, El Bosque, Los Espejo y Cerro Navia. Del estudio de dicha muestra se obtuvo que 22 de los 33 adolescentes evaluados presentan al menos un Trastorno de la Salud Mental, lo cual corresponde al 66,7% de la muestra.

Lo anterior es consistente con el resultado más reciente en población similar donde el 64% de los adolescentes infractores de ley presentaban algún tipo de diagnóstico psiquiátrico durante los 12 meses previos a la recolección de datos (Rioseco et al., 2009). En dicho estudio, los cuadros más prevalentes en los adolescentes infractores fueron trastorno disocial (46,9%), abuso de alcohol (26%) y dependencia a otras sustancias (18%). A pesar de que la muestra del estudio estuvo conformada por adolescentes en sanción privativa de libertad, presenta la misma tendencia con la presente investigación, debido a que se encontró que el 39,4% presentan el Trastorno Disocial, lo cual representa que la mayoría de los adolescentes infractores de ley presentan recurrencia de conductas que transgreden los derechos básicos de los demás y las principales normas sociales de la edad (Aliño, Miyar, de Flores i Formenti, & APA, 2002). Lo anterior refiere características propias de las conductas delictuales las cuales quebrantan las leyes, mostrando comportamientos desadaptados y deterioro significativo en las áreas de funcionamiento del adolescente.

Siguiendo al Trastorno de Disocial, en el actual estudio resalta el Trastorno por Déficit Atencional con o sin hiperactividad (12,2%), 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 chilena, se ha encontrado que los trastornos por comportamiento disruptivo son los más frecuentes con prevalencia cercanas al 14,6% (Vicente, Saldivia, Rioseco, & De la Barra, 2007).

Esta situación se ve reflejada e 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 en menor o mayor medida conductas ilícitas. En este sentido Bailey (2009), plantea que entre las características que harían más vulnerables a los jóvenes a incurrir en actos delictivos se encuentra, entre otros, la hiperactividad, agresividad temprana, bajo control de impulsos, alta distractibilidad, irreflexibilidad sobre los efectos negativos de comportamiento, alta tendencia a tomar riesgos y la tendencia al desarrollo de trastornos disruptivos.

En la actualidad, el conocimiento científico ha permitido establecer que estos trastornos disruptivos tienen una fuerte predisposición neurobiológica 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 derivar de esto, conducta antisocial y/o el consumo de drogas.

A nivel internacional, se distingue un meta-análisis realizado por Colins y colaboradores (2011) en el cual analizan 30 estudios realizados con población adolescente privada de libertad que logran estipular evidencias consistentes con las encontradas en la actual investigación (46,6% Trastorno Disocial, 19,8% Trastorno Oposicional Desafiante y 13,5% Trastorno por déficit atención con hiperactividad). Por otro lado, en el estado del arte de referencia se muestran críticas relacionadas a las dificultades de los estudios en identificar dos o más diagnósticos en el Eje I de la evaluación multiaxial. Como resultado, existe falta de información sobre la medida en que adolescentes vinculados con el sistema de justicia juvenil experimentan múltiples trastornos de la salud mental. Este estudio fue diseñado para superar esta limitación logrando evaluar la presencia de trastornos y su comorbilidad.

La presente investigación refiere un 30% de presencia de Trastornos Comórbidos de la Salud Mental, lo cual es menor con lo referido por Teplin (2002), quien realiza un estudio epidemiológico con 1172 adolescentes infractores de ley evaluados a través de la DISC-IV, diagnosticando en un 56,5% trastornos comórbidos (2 o más trastornos diagnosticados en el eje I de la evaluación multiaxial).

En dicho estudio igualmente sitúa como prevalente en mayor medida al Trastorno Disocial (30,8%), el cual se fija y prevalece tanto como diagnóstico primario como diagnóstico secundario en los cuadros psicopatológicos de los adolescentes que conforman la muestra. Lo anterior refiere una tendencia sólida que sustenta a los datos obtenidos en la actual investigación, donde el Trastorno Disocial se fija en un 60% entre los Trastornos Comórbidos de la Salud Mental. Es posible referir que los resultados de ambos estudios muestran una tendencia al alza que es mayormente demostrada por el 60% de frecuencia de aparición del Trastorno Disocial, en la cual la diferencia responde a la discrepancia entre el número de la muestra estudiada en ambas investigaciones (1172 por sobre los 33 del total).

En mayor gravedad, el estudio realizado por Shufelt y Coccozza (2006) refieren que el 79% de los jóvenes infractores que cumplieron los criterios para el diagnóstico de al menos un trastorno de salud mental, también cumplieron los criterios para el diagnóstico de dos o más. Lo que es particularmente llamativo es que más del 60% de estos jóvenes fueron diagnosticados con tres o más trastornos de la salud mental. Para muchos jóvenes en el sistema de justicia, sus necesidades de salud mental se complican significativamente por la presencia de un trastorno por uso de sustancias concomitantes. De hecho, en el mismo estudio de Shufelt y Coccozza (2006) entre los jóvenes con un diagnóstico de salud mental, el 60,8 % también cumplió con los criterios para un trastorno por uso de sustancias, en efecto, los trastornos por uso de sustancias fueron más frecuentes entre los jóvenes con un trastorno disruptivo, seguido de los jóvenes con un trastorno del estado del ánimo.

Siguiendo la misma línea, en el estudio realizado por la Fundación Tierra de Esperanza en colaboración con el SENAME (2012) refiere que el 62% de la muestra de adolescentes infractores de ley insertos en sistema privativo de libertad presentan al menos un trastorno de la salud mental durante los 12 meses anteriores a la realización de la evaluación, utilizando igualmente la DISC-IV. Dentro de dicho resultado, los trastornos disruptivos presentan mayor prevalencia en contraste con el resto de los trastornos (41,2%), lo cual refiere la misma propensión al presente estudio.

Sin embargo, en segundo lugar se muestran los trastornos ansiosos en un 33% de prevalencia, cifra que resulta particularmente alta si se compara con las encontradas en el estudio conducido por Rioseco et al (2011) en población general donde los trastornos ansiosos alcanzaron una prevalencia de 16,6% en el grupo de adolescentes de 12 a 18 años. Los autores del estudio realizado por Tierra de Esperanza refieren que la prevalencia de los trastornos ansiosos (33%) 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 riesgosos.

Asimismo, jóvenes con comorbilidad y con trastornos concurrentes representan un desafío único para el sistema de justicia juvenil, no sólo porque la intensidad de sus necesidades es probable mayor, sino que la respuesta adecuada a sus múltiples necesidades requiere una mayor colaboración, continuidad de la atención y capacidad de reclutar y retener los profesionales con la capacidad de tratar múltiples necesidades. En consecuencia, en este estudio se trabajó para caracterizar la población de adolescentes inserta en los Programas Libertad Asistida Especial (PLE), considerando que existen pocas evidencias empíricas que respalden los resultados de investigaciones con población en medio libre. Entre los hallazgos antes mencionados, se puede relevar que la muestra estudiada fue sancionada con PLE debido a la comisión de delitos del tipo Menos Graves (51%) y delitos del tipo Graves (49%), lo que demuestra que existe una población adolescente de características criminológicas variadas.

Los datos anteriores son sólidamente consistente con los datos reportados por el Anuario Estadístico Institucional del SENAME del año 2013 (2014), el cual cataloga al delito de Robo con Intimidación como el cometido con mayor frecuencia, el cual de un total de 1120 adolescentes sancionados, 637 corresponden a sanción con PLE (56,87%). Esto sucede igualmente con el delito Robos en Lugar Habitado, donde de un total de 935 adolescentes que cometieron este delito, 452 fueron sancionados con PLE (48,34%). Finalmente, los Robos con Violencia son sancionados con PLE en un 52,29% de las veces, es decir, que de un total de 786 adolescentes, 411 fueron sancionados con PLE.

Esto reitera las hipótesis expuestas y da pie a plantear la existencia de una mayor complejidad en el perfil de la población adolescente que frecuenta los PLE, ya que es posible apreciar una relación significativa entre el nivel de gravedad del delito y el nivel de intensidad de la intervención necesaria tanto para la reinserción social como para el aumento de responsabilidad del adolescente. Es por esto que en las orientaciones técnicas de estos programas exigen que la intervención esté sujeta a llevar a cabo acciones hacia el control, reinserción social y responsabilización. Para llevar a cabo acciones hacia la responsabilización, se deben desarrollar labores socioeducativas específicas y desde el ámbito de la psicología clínica, que se desprenden directamente de la naturaleza del delito cometido, grado de participación y factores de riesgo criminógeno (SENAME, 2010).

Al explorar el nivel de presencia de los tipos de delitos cometidos por adolescentes sancionados por los PLE, y determinar el nivel de presencia de los Trastornos de la Salud Mental y los Trastornos Comórbidos de la Salud Mental se realizaron los análisis correspondientes para explorar la relación entre estas variables. Éstas relaciones se exploraron de manera aproximada debido a que el número de adolescentes que cumplían con al menos un diagnóstico y dos o más para catalogar comorbilidad fueron reducidos y no permitieron realizar relaciones extrapolables a la población que representa la muestra de estudio. Por tal motivo, estas relaciones no permitieron generar relación significativa entre los tipos de delitos y los trastornos de la salud mental y la comorbilidad.

El estado del arte bajo estas variables es considerablemente pobre. Muchos estudios describen y consolidan variables penales y criminológicas históricas en adolescentes infractores de ley de similares características a los sujetos que representan la muestra de estudio (Silva, 2010), así como la reiteración de investigaciones a nivel nacional e internacional que exponen la frecuencia y gravedad de los cuadros psicopatológicos que presentan los adolescentes infractores de ley. Sin embargo, pocos relaciones dichas variables con los tipos de delitos que cometen estos adolescentes, sino que exponen relaciones causales entre la comisión de delitos (cualesquiera expuestas en la ley penal) y la psicopatología incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas. Lo anterior permite hacer referencia a la importancia de establecer estudios descriptivos y correlacionales entre las variables de salud mental con las variables criminológicas, entre ellas los tipos de delitos, de los jóvenes que asisten a los PLE (medio libre); tomando como referencia la metodología e instrumentos de uso internacional actual, previamente validados para Chile (DISC-IV); lo que hace posible comparar con las publicaciones de otros países.

En relación al consumo de drogas que presentaron los adolescentes que conforman la muestra, se observa que presentaron en un 58% Consumo Problemático de Drogas. A pesar de que es esperado la presencia en mayor medida, más de la mitad de la muestra evaluada declara el consumo problemático de al menos un tipo de sustancia. Específicamente, el consumo de marihuana se evidencia en un 58%, seguido del consumo de alcohol en un 88% y tabaco en un 79%.

Los datos anteriores se reflejan en estudios realizados en población infractora de ley, donde uno de cada dos adolescentes declara haber estado usando marihuana en el último mes antes de ser detenido y tres de cada cuatro declara haber estado bajo el consumo de alcohol durante infracciones de ley (SENDA, 2013). Esto da cuenta de la relación empírica existente entre uso de droga y comisión de delitos está basada en dos hechos fundamentales: primero, los altos niveles de consumo de drogas que se encuentran en población infractora de ley (al comparar con población general) (UC, 2007; Vander Waal, et al. 1999), y segundo, en la concordancia de ambas curvas epidemiológicas que se elevan simultáneamente durante la adolescencia y alcanzan una cumbre para ambos comportamientos alrededor de los 25 años (Eisner, 2002), aun

cuando la curva de la droga desciende algo más lento (Witthford, 2007). Los datos chilenos en población adolescente infractora muestran prevalencias de consumo de marihuana del 80% y en cocaína/pasta base de 50%, mientras que las cifras 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 (CONACE y SENAME, 2007). Las razones de diferencia son así de 1 a 4 en marihuana y de 1 a 7 en cocaína.

Con lo anterior, se señala que la mayoría de las personas que delinquen persistentemente usan drogas con frecuencia y que la dependencia a la drogas puede estar asociada a conductas delictivas. Tanto las prácticas delictivas como el consumo problemático de drogas han sido relacionados con otros factores de riesgo, en entre ellos el nivel socioeconómico de los sujetos, añadiendo complejidad a dicha relación (Stevens, Trace y Bewley-Taylor, 2005).

Los resultados del presente estudio se afianzan en la significativa asociación entre el consumo problemático de drogas y la comisión de delitos. Se estudió la presencia de consumo problemático de drogas en los 33 adolescentes que conforman la totalidad de la muestra, obteniendo que de los 19 adolescentes que presentan consumo problemático de drogas (57,6%), 13 de ellos cometieron delitos del tipo Violentos (39,4%), el resto de adolescentes mostraron la comisión de delitos Menos Graves (18,2%). En consecuencia, de los 14 adolescentes que no presentan consumo problemático de drogas cometen en un 33,3% delitos Menos Graves a diferencia del grupo anterior. Más allá de la búsqueda de la relación causal entre las variables antes mencionadas, se determinó que existe una asociación significativa entre el consumo problemático de drogas y la gravedad de los delitos cometidos por adolescentes sancionados con PLE, dando como resultado que a mayor nivel de consumo problemático mayor es la comisión de delitos graves.

Como resultado se demuestra que la influencia del uso de drogas en el delito es más consistente en el desarrollo de una actividad delictiva: el abuso de drogas prolonga e intensifica carreras criminales de manera ostensible. La evidencia señala que existe una relación entre la frecuencia e intensidad del consumo de drogas y la intensificación en la comisión de delitos (Chaiken and Chaiken, 1990; Brounstein, 1989; Nuco, Kinlock and Hanlon, 2004; Johnson, et al.

1991). En promedio, quienes consumen drogas realizan mayor cantidad de crímenes. La relación entre droga/delito depende también de las progresiones del consumo: durante la fase de uso ocasional, el consumo de drogas y el delito se relacionarían de manera espuria, mientras que durante la fase de dependencia y adicción la relación causal sería más probable (Faupel y Klockars, 1987). Los estudios que han examinado cambios en la relación droga/delito han mostrado de manera concluyente que durante los períodos de intensificación de uso de drogas (o períodos de adicción) aumenta la actividad delictiva y, viceversa que ésta descende en los períodos de calma adictiva (aunque los resultados son obtenidos principalmente en relación a la heroína) (Chaiken y Chaiken, 1990; Bennett y Holloway, 2007).

A través del estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile (2007), se concluyó que la asociación general entre el uso de drogas y delito muestra siempre un mayor compromiso de cocaína y/o pasta base con delitos de mayor gravedad, como robo con violencia. Existe asimismo una relación muy patente entre el abuso de drogas y reincidencia delictiva medida según número de detenciones (excluyendo controles de identidad). La reincidencia delictual, según dicho informe, es uno de los mejores predictores de abuso de drogas según se desprende del análisis multivariado de datos. Igualmente, se encontró que alrededor de uno de cada tres delitos puede imputarse causalmente al uso de alcohol y droga en población adolescente, cifra que puede aumentar hasta el 42% en el caso de robos con violencia. En su conjunto, todos estos resultados indican que el control del abuso de drogas puede tener un impacto significativo en la prevalencia delictiva, en la interrupción de “carreras delictuales” y en las posibilidades de reinserción social de esta población.

Lo anterior reitera lo resultante de la actual investigación, la cual alcanza a caracterizar y determinar que los adolescentes pertenecientes a la muestra y que se encuentran insertos en el Programa Libertad Asistida Especial presentan la misma tendencia a lo reportado por las investigaciones antes mencionadas conformadas por población nacional e internacional.

En definitiva, la tendencia es consistente e indudable en estudios tanto a nivel nacional como internacional, mostrando evidencias de que los adolescentes infractores de ley presentan sustanciales necesidades de salud mental y, en consecuencia, los programas y el sistema de justicia juvenil chilena deben incorporar tratamientos e intervenciones enfocados en la evaluación y abordaje de estas patologías según las necesidades especificadas de cada adolescente y su contexto. Para esto, surge la imperiosa necesidad de formar equipos de terapeutas enfocados en el tratamiento clínico de estos adolescentes, quienes se encuentren respaldados por un equipo de tratamiento que permitan alcanzar, desde el enfoque de intervenciones integrales, los objetivos de la reinserción social y aumento de habilidades y oportunidades para estos adolescentes.

## 6. CONCLUSIONES

### Conclusiones relativas a los resultados

- Las conclusiones ofrecidas por cada una de las experiencias revisadas para proponer el estado del arte y que sirvieron como base para plantear los resultados de la presente investigación ofrecen intuiciones bastante certeras por saturación: es un hecho que la patología de salud mental en la población adolescente infractora de la ley penal presenta siempre una prevalencia muy superior a la que evidencia la población adolescente general. Las cifras, incluso en los análisis más conservadores, suelen (cuando menos) triplicar a la estimación general.
- Se observa la presencia de trastornos de la salud mental en adolescentes infractores de ley de 15 a 17 años insertos en los PLE en un 67%, con elevada prevalencia del Trastorno Disocial (39,4%) y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (12,2%). Por otro lado, el 30% del total de la muestra presenta Trastorno Comórbidos de la Salud Mental, siendo el más común el Trastorno Disocial (60%). Lo anterior da a notar que el Trastorno Disocial se distribuye en gran medida en la muestra, considerando como trastorno primario en un 68% y trastorno secundario 32%.
- Los adolescentes evaluados presentan consumo problemático de drogas en un 58%, dependencia al consumo de Marihuana en un 36%, dependencia al consumo de tabaco en un 21% y dependencia al alcohol en un 12%. Del 58% de adolescentes con consumo problemático de drogas el 39,4% cometieron delitos del tipo Violento, el resto de adolescentes mostraron la comisión de delitos Menos Graves (18,2%). En consecuencia, el 42% de adolescentes que no presentan consumo problemático de drogas cometen en un 33,3% delitos Menos Graves a diferencia del grupo anterior. Esto demuestra que existe una relación significativa entre el consumo problemático de drogas y la comisión de Delitos Graves en la muestra de adolescentes evaluados.

- La comisión de delitos considerados Menos Graves se presentan en mayor proporción con un 51%, sin embargo muy cercanamente se denota la presencia de delitos el tipo Violentos (49%) cometidos por adolescentes sancionados por PLE. Los delitos contra bienes y personas, y violentos de alta connotación social estuvieron ausentes en la muestra evaluada.
- Se obtuvo que no existe asociación significativa entre la presencia de Trastorno de la Salud Mental en un adolescente infractor de ley inserto en los PLE con los tipos de delitos cometidos por ellos y por lo cual fueron sancionados con dicho programa. En la misma línea, se consiguió que no existe relación significativa entre la presencia de Trastornos Comórbidos de la Salud Mental y la comisión de los tipos de delitos por los cuales fueron sancionados los adolescentes evaluados.
- Dada la alta prevalencia de problemas de la salud mental en jóvenes infractores, es necesario incorporar mediciones iniciales orientadas a evaluar presencia de psicopatología, con el objetivo de planificar intervenciones más adecuadas que generen seguimiento de casos y corrijan el acceso a programas de intervención no pertinentes, a la vez de permitir dirimir inimputabilidad y contribuir con evidencia respecto de la relación de los problemas de salud mental y la comisión de delitos o transgresiones.
- En función a la alta prevalencia del consumo problemático de sustancias en población de interés, es necesario pesquisar el sentido del consumo para definir las estrategias más apropiadas de abordaje. Para esto el personal que conforman los programas colaboradores del SENAME deben estar capacitados desde el enfoque de la psicología clínica y psicopatologías para realizar la evaluación del adolescente respetando las particularidades de cada caso, teniendo como base una perspectiva biopsicosocial y evolutiva que considere una evaluación integral, que incluya variables personales, medición de la funcionalidad y motivación del consumo, factores de riesgo y variables contextuales que facilitan el acceso y vinculación a drogas y delito.

- En cuanto a la metodología, se destaca el uso de instrumentos altamente estructurados para el desarrollo de este tipo de aproximaciones, en particular la DISC-IV constituye un instrumento que presenta una elevada confiabilidad en su verificación (test-retest), tanto en su versión original como en la de lengua española. La literatura destaca, además, que constituye una herramienta que presenta numerosas ventajas en los análisis referidos a la evaluación de niños y adolescentes en general. En Chile, su utilización es generalizada, siendo utilizada para proponer resultados epidemiológicos en población clínica y no clínica. Adicionalmente, La entrevista DISC, al igual que las demás entrevistas estructuradas basadas en el informante, logra eliminar el sesgo clínico obteniendo el diagnóstico de una serie de trastornos nucleares. Sin embargo, excluye otros trastornos, tales como los trastornos del desarrollo que requieren de otros instrumentos diagnósticos.
- Las consideraciones antedichas confirman la necesidad de que el sistema de administración de las condenas (privativas o no) se haga cargo de implementar los dispositivos y procedimientos que permitan enfrentar esta problemática en forma seria, considerar sus caracteres, el que constituye un deber jurídico y una contribución de cara a los objetivos preventivos confiados a la justicia penal.
- Se espera que los resultados y análisis propuestos entreguen información relevante para aumentar y perfeccionar los programas de salud mental infanto juvenil en Chile. Las altas cifras de trastornos en niños y adolescentes, deberían ser motivo de preocupación de las autoridades del nivel central que planifican y diseñan programas de atención.

### **Conclusiones relativas al campo de la psicología clínica**

- La implementación de la LRPA de responsabilidad penal adolescente ha significado un cambio relevante en la evaluación e intervención con adolescentes infractores de la ley penal, lo que implica desafíos para todos los actores involucrados, tanto en el sistema judicial como de los profesionales (entre ellos numerosos psicólogos)

insertos en los dispositivos programáticos establecidos. Por lo tanto, a varios años de la puesta en vigencia ambos sistemas deben adecuar sus quehaceres a las nuevas exigencias que el cambio de escenario plantea.

- El psicólogo clínico debe adaptar su modalidad de trabajo desde diversos sistemas, partiendo de su formación y especialización hasta el desarrollo de modelos de intervención con metodologías y técnicas específicas basadas en la evidencia.
- Proveer un enfoque clínico transversal a las evaluaciones e intervenciones con adolescentes infractores de la ley penal y la incorporación de las fortalezas del enfoque comunitario y social, permitirá al psicólogo clínico proveer la atención pertinente que logre los objetivos de la reinserción social, detener la trayectoria delictual y alcanzar la adaptación funcional del joven en conflicto con la ley.
- El diagnóstico diferenciado, la consideración de la condición de salud mental, las características de los delitos cometidos por ellos, la drogodependencia, los contenidos de la intervención programática, las estrategias de vinculación con el entorno, los criterios de evaluación de los programas, entre otros elementos, son aspectos insoslayables hoy en día en un ámbito por esencia interdisciplinario donde el rol del psicólogo clínico es fundamental.
- Para lograr el desarrollo de psicólogos clínicos líderes de procesos de intervención con adolescentes infractores de la ley penal, urge profundizar la formación clínica y desarrollo de competencias y habilidades, respecto del diagnóstico y monitoreo de los problemas en salud mental, con acento en el curso evolutivo de la psicopatología, diferenciando aquellos casos con expresión aguda de síntomas.
- El enfoque de tratamiento debe fundamentarse a partir de la evaluación psicológica integral y articular los resultados con la evaluación multidisciplinaria del adolescente. Considerando la alta prevalencia del Trastorno Disocial es oportuno definir la edad de inicio de las conductas, las cogniciones asociadas a los síntomas y el nivel de gravedad de los mismos, en pro de diseñar PII acordes a dichas variables y definir la pertinencia de la atención clínica de alta y/o mediana complejidad.

- En función de proveer atención integral al adolescente es necesario tomar en consideración la multicausalidad de factores que influyen en el desarrollo del Trastorno Disocial. Es primordial evaluar las variables biológicas, psicopatológicas y eventos sociofamiliares que refuerzan las conductas agresivas y aumentan la insatisfacción social, las cuales determinan la formación de conductas delictuales especialmente cuando el individuo crece y se desarrolla en contextos desiguales a nivel socioeconómico, en entornos hostiles y con déficit en el acceso a oportunidades educativas y labores.
- Al reflexionar acerca de la prevalencia de los Trastornos Ansiosos y Trastornos del Estado del Ánimo en la población de interés, se logra concluir que las conductas agresivas y desafiantes a la autoridad son síntomas característicos del curso de estos trastornos tanto en la población infantil como en la adolescente. Por lo tanto, evaluar y definir la presencia de estos trastornos versus la presencia del Trastorno Disocial es fundamental para el tratamiento del adolescente inserto en los PLE; previniendo conductas autolesivas y que atenten contra el bienestar físico y psicológico propio y/o de los otros.
- Los trastornos ansiosos están vinculados cercanamente con medidas privativas de libertad y la presencia de síntomas de abstinencia del consumo de drogas, por lo que es una variable a considerar cuando se trabaja clínicamente con adolescentes que han cumplido sanciones previas en dichos contextos.
- Caracterizar el estado de la salud mental de la población adolescente infractora de la ley penal y que se encuentra inserta en los PLE y relacionarlo con los tipos de delitos cometidos, logra proveer fundamentación teórica que permite aproximarse a directrices para diseñar e implementar los PII y los tratamientos desde la psicología clínica, configurando, de esta manera, acciones terapéuticas que aumenten los egresos exitosos y los cambios a profundidad que se mantengan en el corto y largo plazo. Generando, así, un cese de las conductas delictuales, favoreciendo el proceso de desestimiento y permitiendo la adecuada asunción de los roles esperables para la vida adulta.

## **6.1. Limitaciones**

- En respuesta a las dificultades con la obtención de la muestra estudiada, se realiza un estudio con muestra censal que permitió obtener una muestra con características homogéneas. Lo anterior, limitó la comparación entre las variables y el nivel de significación entre ellas. Para estudios posteriores se exhorta extender el tiempo de recolección de datos e incluir un grupo control o experimental para generar comparaciones y resultados extrapolables a la población adolescente infractora de ley a nivel país.
- La cantidad de sujetos evaluados no permitieron establecer relaciones sustentables y generalizables de los resultados acerca de las variables Trastornos de la Salud Mental, Comorbilidad y su asociación con los Tipos de Delitos cometidos por los adolescentes que conforman la muestra. Por lo tanto, se recomienda realizar estudios que permitan ampliar la muestra estudiada y generar un número de sujetos de mayor proporción.
- Debido a variables temporales y de accesibilidad, no se logró realizar junto al DISC-IV GROUP de la Universidad de Columbia una capacitación para la aplicación de la entrevista utilizada. Sin embargo, se realiza entrevista con investigadores de la Universidad de Concepción, quienes estandarizaron el instrumento para la población chilena y lideraron el proyecto FONDECYT 1070519.

## **6.2. Sugerencias para futuros estudios**

Queda en evidencia la necesidad conocer y profundizar los cuadros de salud mental de los jóvenes post-intervención de los PLE, luego de algunos meses de haber cumplido con su PII, ya que es un importante indicador de logro de objetivos y, por consiguiente, en el aumento del bienestar psicológico y social de la población intervenida. En estos términos sería muy interesante y necesario formular una medición de los cambios a nivel de psicopatologías de los individuos que pueden ser atribuidos a un programa o a una política pública específica (PLE) mediante el seguimiento de casos.

Atendiendo al objetivo general de los Programas de Libertad Asistida Especial: *Desarrollar un programa de intervención y de supervisión intensivo, especializado y focalizado dirigido a evitar la mantención de conductas infractoras de ley y favorecer la integración social del adolescente*; es que se hace relevante conocer el impacto que esta intervención social ha tenido en los adolescentes egresados, en quienes se presume, este objetivo debió ser cumplido.

Por otro lado, llevar a cabo un estudio correlacional que logre medir y comparar el grado de cumplimiento de los objetivos propuesto por cada programa, ejemplo Programa de Libertad Asistida Especial versus Programa de Libertad Asistida, permitiría desarrollar conocimientos específicos necesarios para actualizar las metodologías utilizadas y retroalimentación, generando conocimiento útil para perfeccionar este tipo de programas, transparentando su efectividad y finalmente aportando insumos para la optimización de los recursos invertidos.

Finalmente, se insta a estudios posteriores evaluar variables de psicopatología, consumo de drogas y su relación con variables penales y criminológicas de adolescentes que se encuentran en cumplimiento de sanción en medida no privativa de libertad. Esto considerando las diferencias en los perfiles de adolescentes que frecuentan programas tales como Servicio en Beneficio a la Comunidad y los Programas de Libertad Asistida, en función de especificar y adaptar cada vez más las intervenciones a nivel integral y desde el enfoque de la psicología clínica.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (2007). *La adolescencia normal/ The Normal Adolescence*: Editorial Planeta Mexicana.
- Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., de Flores i Formenti, T., & APA. (2002). *DSM-IV.: texto revisado. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*: Elsevier–Health Sciences Division.
- Almonte, C. (2012). Espectro suicida en la infancia y adolescencia. In C. Almonte, M. E. Montt, & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (Vol. II, pp. 776). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Bailey, S., & Scott, S. (2008). Juvenile delinquency. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Fifth Edition*, 1106-1125.
- Bennett, Trevor, y Katy Holloway (2007). *Drug-Crime connections*. New York: Cambridge University Press.
- Bravo, M., Ribera, J., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Shrout, P., Ramírez, R., Bauermeister, J. J. (2001). Test-retest reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *Journal of abnormal child psychology*, 29(5), 433-444.
- Brounstein, P. J. (1989). Patterns of Substance Use and Delinquency among Inner City Adolescents.
- Canelo, Manzano, Piñol, & Viano. (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. Trabajo no publicado, de circulación interna.
- Caplan, G. (1985). *Principios de psiquiatría preventiva*: Paidós.
- Chambers, R. A., Krystal, J. H., & Self, D. W. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biological psychiatry*, 50(2), 71-83.
- Chaiken, J. M., & Chaiken, M. R. (1990). Drugs and predatory crime. *Crime and justice*, 203-239.
- Chitsabesan, P., Kroll, L., Bailey, S., Kenning, C., Sneider, S., Mac DONALD, W., & Theodosiou, L. (2006). Mental health needs of young offenders in custody and in the community. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 534-540.

- 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. *Br J Psychiatry, 188*, 534-540.
- Cocozza, J. J. (1992). *Responding to the mental health needs of youth in the juvenile justice system*: National Coalition for the Mentally Ill in the Criminal Justice System Seattle, WA.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vahl, P., Markus, M., Broekaert, E., & Doreleijers, T. (2011). Psychiatric disorder in detained male adolescents as risk factor for serious recidivism. *Canadian journal of psychiatry-revue canadienne de psychiatrie, 56*(1), 44-50.
- CONACE & SENAME. (2007). *Orientaciones Técnicas. Tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de ley*. Chile.
- Conejero, J. (2012). Jóvenes infractores de ley. En C. Almonte & M. E. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (Vol. II, pp. 776). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Costello, A., Edelbrock, C., Dulcan, M., Kalas, R., & Klaric, S. (1984). Development and testing of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children in a clinic population. *Centre for Epidemiologic Studies, NIMH, Rockville, MD*.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. In L. Cronbach (Ed.), *Psychometrika* (pp. 297-334). New York: Springer Science
- Eisner, M. (2002). Crime, problem drinking, and drug use: Patterns of problem behavior in cross-national perspective. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 580*(1), 201-225.
- EMSE. (2004). *Problemas de salud mental en adolescentes chilenos*. Chile.
- Erikson, E. H. (1974). *Identidad, juventud y crisis*: Paidós.
- Espinoza, O., Piñol, D., Sánchez, M., Martínez, F., & Villagra, C. (2012). *Estudio modelo y medición de la reincidencia de adolescentes y jóvenes infractores de la ley penal. Producto 3. Propuesta para la medición de la reinserción*. Santiago de Chile, Chile: Instituto de Asuntos Públicos. Universidad de Chile.
- Faupel, C. E., & Klockars, C. B. (1987). Drugs-crime connections: elaborations from the life histories of hard-core heroin addicts. *Soc. Probs., 34*, 54.
- First, M. B. (2005). Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology, 38*(4), 206-210.

- Fisher, P. W., Shaffer, D., Piacentini, J. C., Lapkin, J., Kafantaris, V., Leonard, H., & Herzog, D. B. (1993). Sensitivity of the Diagnostic Interview Schedule for Children, (DISC-2.1) for specific diagnoses of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 666-673.
- García, R. (2012). Salud mental en el niño y el adolescente. En C. Almonte, M. E. Montt, & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (Vol. II, pp. 161-168). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Ghodes, H. (2002). *Drugs and addictive behaviour: A guide to treatment*: Cambridge University Press.
- Glueck, S., & Glueck, E. (1950). Unraveling juvenile delinquency. *Juv. Ct. Judges J.*, 2, 32.
- Haapasalo, J., & Hämäläinen, T. (1996). Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1394-1401.
- Hagell, A. (2002). The mental health of young offenders 83 Victoria Street, London SW1H 0HW: The Mental Health Foundation.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la Investigación*. 850 p. ICONTEC (5ta edición ed.). México: Mc Graw Hill.
- Herscovici, C. R. (2002). Aplicación del enfoque biopsicosocial a la enfermedad crónica infantil. *Sistemas Familiares*, 18(1-2), 88-100.
- Johnson, B. D., Wish, E. D., Schmeidler, J., & Huizinga, D. (1991). Concentration of delinquent offending: Serious drug involvement and high delinquency rates. *Journal of Drug Issues*.
- Krauskopf, D. (1996). Procesos psicológicos centrales en el adolescente. En J. Á. Aguilar & B. Hernández (Eds.), *Hablemos de sexualidad* (pp. 65-108). México: Lecturas.
- Labranque, A. (2009). Expectativas normativas y racionalidades de la penalización adolescente. *Revista Mad: Revista del Magíster en Análisis Sistemático Aplicado a la Sociedad* (20), 5.
- Landazabal, M. G. (2005). Conducta antisocial durante La adolescencia: Correlatos socioemocionales, predictores y diferencias de género. *Psicología conductual*, 13(2), 197-215.
- Lewczyk, C. M., Garland, A. F., Hurlburt, M. S., Gearity, J., & Hough, R. L. (2003). Comparing DISC-IV and clinician diagnoses among youths receiving public mental health services. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 349-356.
- Lewis, D. O., & Shanok, S. S. (1980). The use of a correctional setting for follow-up care of psychiatrically disturbed adolescents. *The American journal of psychiatry*, 137(8), 953.

Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, Ley no. 20.084 (2007).

Lucas, C., Zhang, H., Fisher, P., Shaffer, D., Regier, D., & Narrow, W. (2001). The DISC Predictive Scales (DPS): Efficiently screening for diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 443-449.

Ministerio de Justicia (2014). *Código Penal*. Chile.

Miklowitz, D. J. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view. *Development and Psychopathology*, 16(03), 667-688.

Musalem, R. (2012). El desarrollo adolescente y sus trastornos. En C. Almonte, M. E. Montt, & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (Vol. 2, pp. 49-68). Santiago de Chile: Mediterráneo.

Muñoz, C. (2009). Desarrollo evolutivo general de los niños y niñas. *Digital Innovación y Experiencias educativas* (14), 23-32.

Nuco, David N., Timothy W. Kinlock, y Thomas E. Hanlon (2004). "The drugs-crime connection". En *The american drug scene*, de James A. Inciardi y Karen McElrath, 346-383. Los Angeles: Roxbury Publishing Company.

Olivares, T. L. (2011). Experiencias y significados de un grupo de adolescentes sancionados en torno al Sistema de Justicia Juvenil. *El Observador*, 8, 21-43.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). VIH, adolescentes y jóvenes: La OMS interviene. Chile.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). La salud mental. Obtenido el 03 de septiembre de 2007.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*.

Pacheco. (2008). *Estrategias para motivar al cambio en personas que inicialmente no desean realizar tratamiento*. Centro de Estudios de Seguridad Ciudadana de la Universidad de Chile. Santiago de Chile.

Rioseco, P., Vicente, B., Saldivia, S., Cova, F., Melipillán, R., & Rubi, 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., & Melipillan, R. (2008). Validación de la entrevista diagnóstica estructurada DISC-IV para la identificación de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* (51), 70-78.
- Santibáñez, M. E., & Alarcón, C. (2009). Análisis crítico de la aplicación práctica de la Ley de Responsabilidad Penal Juvenil y propuestas de mejoramiento. *Temas de la Agenda Pública*, 4(27).
- Santrock, J. W., Johnson, C., & Patterson, C. (2012). *A topical approach to life-span development*: McGraw-Hill New York.
- SENAME. (2012). *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*. Santiago de Chile.
- SENAME. (2010). *Orientaciones Técnicas para la Intervención. Programas Libertad Asistida*. Chile: Gobierno de Chile.
- SENAME. (2014). *Anuario Estadístico Institucional 2013*. Chile: Gobierno de Chile.
- SENDA. (2013). *Decimo estudio nacional de drogas en población general*. Chile: Ministerio del Interior. Gobierno de Chile.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E., Bird, H. R. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7), 865-877.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28-38.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M., Regier, D. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, Field Testing, Interrater Reliability, and Acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 643-650.
- Shufelt, J. L., & Cocozza, J. J. (2006). *Youth with mental health disorders in the juvenile justice system: Results from a multi-state prevalence study*. Delmar, NY: National Center for Mental Health and Juvenile Justice.
- Steinberg, L. (2005). *Adolescence* (K. K. a. J. Wilson Ed.). Detroit: Thompson Gale.
- Stevens, A., Trace, M., & Bewley-Taylor, D. (2005). Reducing drug-related crime: an overview of the global evidence. *The Beckley Foundation Drug Policy Program*.

- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K., & Mericle, A. A. (2002). Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry*, 59(12), 1133-1143.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1985). *Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para víctimas de delitos y del abuso de poder*.
- UNICEF & Corporación Opción, C. (2007). Manual sobre la ley de responsabilidad penal adolescente. Santiago de Chile: UNICEF CHILE.
- Universidad Católica de Chile (2007). Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley. Santiago de Chile.
- Vander Waal, C. J., Terry, Y. M., & Van Buren, H. (1999). *Breaking the cycle of drug use among juvenile offenders*. National Institute of Justice.
- Vermeiren, R. (2003). Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. *Clinical Psychol Rev*, 23(2), 277-318.
- Vermeiren, R., Deboutte, D., Ruchkin, V., & Schwab-Stone, M. (2002). Antisocial behaviour and mental health. *European child & adolescent psychiatry*, 11(4), 168-175.
- Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., & De la Barra, F. (2007). Epidemiología de los trastornos mentales infanto juveniles. *Proyecto FONCECYT 1070519*.
- Witthford, Scott W. (2007). *The adolescence drug-crime relationship. Desistence and Gateway theories across user levels*. New York: LFB Scholarly Publishing LLC.

## 8. ANEXOS

Anexo 1. Formato del consentimiento Informado.

Anexo 2. Licencia para uso de la entrevista DISC-IV otorgada por la Universidad de Columbia.

Anexo 3. Instrumento de “Sospecha Diagnostica del Consumo de Drogas”

Anexo 4. Manual de Urgencias DISC-IV. Fuente: Estudio de prevalencia comunitaria de trastornos psiquiátricos y utilización de servicios en la población infanto – juvenil chilena (FONDECYT 1070519).

Anexo 5. Fe de Erratas. Estandarización y adaptación de la entrevista DISC-IV. Realizado por la Universidad de Concepción en el estudio de prevalencia comunitaria de trastornos psiquiátricos y utilización de servicios en la población infanto-juvenil chilena. Proyecto FONDECYT 1070519.

## ANEXO 1

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola, mi nombre es Mónica Villalobos, psicóloga, y estoy haciendo un estudio sobre la salud mental de jóvenes que asisten al PROGRAMA LIBERTAD ASISTIDA ESPECIAL de la com3una \_\_\_\_\_ perteneciente a la Corporación Opción. Es por eso que quiero solicitar tu ayuda para llevar a cabo este estudio. Esto implicaría responder lo siguiente:

- Una entrevista con respuestas de SI y NO,
- Un instrumento sencillo durante una hora aproximadamente.
- Comentarnos acerca del tipo de delito que cometiste y por lo cual fuiste sancionado con PLE.

Tu participación es totalmente voluntaria y puedes decidir en cualquier momento dejar de participar sin ninguna consecuencia para ti. Si accedes a participar todos los datos que tú entregues serán manejados de manera confidencial, por lo cual ni tu nombre ni ningún dato de identificación tuyo aparecerán en la publicación de los resultados del estudio. Sin embargo, si consideramos necesario compartiremos la información con tú delegado para que sea de utilidad durante tu proceso de intervención en el programa.

Si aceptas participar, por favor firma al final de esta carta. También le pediremos a tu adulto a cargo que lo haga para respaldar tu decisión. En caso que decidas no participar, esto no influirá en la atención que se te entrega en el programa.

Agradeciendo tu disposición,

Te saluda,

Mónica Villalobos  
Psicóloga.-

Yo \_\_\_\_\_ acepto a participar en este estudio.

Firma \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ cuidador de \_\_\_\_\_ acepto a que participe en este estudio.

Firma \_\_\_\_\_

Santiago, \_\_\_\_\_ 2014

## ANEXO 2

# COLUMBIA UNIVERSITY - LICENSE TERMS DISC-IV

Columbia University, ("Columbia") owns or has been licensed the rights to a certain computerized program to administer the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), components of which are the IMAN software and the computerized CDISC (hereinafter referred to as the "Software"). The following are the terms on which the Licensee will be entitled to use the Software:

### 1. License and Title.

- (a) Subject to the terms and conditions hereinafter set forth, Columbia hereby grants, as of the Effective Date, which shall mean the date on which the cover page of this License Agreement is duly executed on behalf of the Licensee, a nonexclusive and non-transferable license (the "License") to Licensee to use the Software versions indicated on the cover page of this License Agreement and for the purposes described on the cover page of this License Agreement. This License Agreement shall not transfer any title or ownership rights in the Software, including intellectual property rights embodied therein, which shall at all times remain with Columbia. The License is granted on the condition that none of the Software, the related codes and data, or any changes, additions, modifications, improvements or alterations thereof, whether made by Columbia or Licensee, shall knowingly be used by, made available to, or disclosed to any other person or entity.
- (b) Licensee may not reverse engineer, decompile, disassemble, or take any other steps to derive a source code equivalent of the Software.
- (c) Upon the termination of this License, Licensee will return the Software to Columbia or destroy all copies of the Software and, in either event, certify in writing that it has done so, that it has not retained any copies and that it has deleted the Software programs licensed hereunder from all computers under its control.

### 2. Delivery of the Software.

- (a) Columbia shall deliver to Licensee, within 30 days of the date of the Effective Date, the number of copies of the Software versions listed on the cover page of this License Agreement.

### 3. Software Charges.

- (a) Licensee shall pay to Columbia, within 30 days of receipt of an invoice for the Software, a fee in the amount set forth on the invoice.
- (b) In addition to the fee described in Section 3(a) above, Licensee shall pay any and all taxes which may be imposed as a result of this License Agreement or activities hereunder, except that Licensee shall not be responsible for payment of any income taxes imposed upon Columbia.

### 4. Confidentiality: Protection of Software and Columbia Information.

- (a) Licensee agrees that the Software and related materials shall be held in confidence and are being provided by Columbia for the exclusive use of Licensee. Licensee will be responsible for maintaining and securing on behalf of Columbia the Software and related materials in its possession or under its control. Licensee (i) will protect the Software and related materials in the same manner that it protects its own confidential information; (ii) will knowingly permit access to the Software only to its authorized employees and, if applicable, students designated by

Licensee to use and maintain the Software and will inform in writing authorized employees and students who will have access to the Software of the obligations of confidentiality under this License Agreement; and (iii) will not remove or destroy any proprietary notice on the Software or related materials.

- (b) Any termination of this License Agreement and the License hereunder shall not terminate Licensee's obligations of confidentiality under this Section 4.

## **5. Disclaimer of Warranties.**

- (a) While the Software has been tested for accuracy and proper functioning, Columbia disclaims any responsibility for the accuracy or correctness of the Software or for its use or application by Licensee. In the event that Columbia receives notification from the Licensee of any defects in the Software provided to the Licensee hereunder, Columbia will, at its option, either replace the defective Software or reimburse the Licensee for the appropriate portion of the purchase price paid for the use of the Software.
- (b) EXCEPT AS SET FORTH IN SECTION 5 (A) ABOVE, COLUMBIA MAKES NO REPRESENTATION OR WARRANTY EITHER EXPRESS OR IMPLIED OF ANY KIND, INCLUDING AS TO MERCHANTABILITY OR THE ADEQUACY OR SUITABILITY OF THE SOFTWARE FOR ANY PARTICULAR PURPOSE OR TO PRODUCE ANY PARTICULAR RESULT AND NEITHER COLUMBIA, NOR ANY EMPLOYEE OR AGENT OF COLUMBIA, SHALL HAVE ANY LIABILITY TO LICENSEE OR ANY OTHER PERSON ARISING OUT OF THE USE OF THE SOFTWARE BY LICENSEE FOR ANY REASON, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO THE UNMERCHANTABILITY, INADEQUACY OR UNSUITABILITY OF THE SOFTWARE FOR ANY PARTICULAR PURPOSE OR TO PRODUCE ANY PARTICULAR RESULT, FOR ANY LATENT DEFECTS. THEREIN OR THE FAILURE OF COLUMBIA TO PROVIDE LICENSEE WITH ANY MODIFICATIONS OR CHANGES IN THE SOFTWARE.
- (c) In no event will Columbia or its trustees, officers, agents or employees be liable to Licensee or to any other party, for any loss or damages, incidental, consequential or otherwise, including, but not limited to time, money, or good will, arising from the use or operation of the Software by Licensee.

## **6. Indemnity; Insurance.**

Licensee shall hold harmless, defend and indemnify Columbia and its Trustees, officers, agents and employees from and against any damages, suits claims, liabilities, costs and expenses (including reasonable attorneys' fees) arising out of or relating to, directly or indirectly, the use or operation of the Software by Licensee. Licensee shall reimburse Columbia for any costs incurred by Columbia in enforcing this provision. Licensee will maintain during the term of this Agreement a sufficient general liability insurance policy with reputable and financially secure insurance carrier(s) to fully cover its activities hereunder. Such coverage shall be in an amount no less than \$2,000,000 per occurrence, \$5,000,000 annual aggregate. Any insurance Columbia may purchase will be excess and noncontributory.

## **7. Use of Name.**

Licensee will not use the name of Columbia University or the name of any faculty member, other employee or student of Columbia University for any purpose whatsoever without Columbia's written consent.

## 8. Termination.

- (a) Columbia may terminate this License Agreement and the License granted here under upon 30 days' written notice of Licensee's material breach of the License Agreement and Licensee's failure to cure the breach within 30 days of receipt of said notice.
- (b) Licensee may terminate this License Agreement and the License hereunder upon 30 days' written notice to Columbia; such termination will be effective upon compliance with Section 1(c) above.
- (c) Sections 4, 6, and 7 shall survive the termination or expiration of this License Agreement.

## 9. General Provisions.

- (a) **Notice.** Any notice or other communication required or permitted to be given under this License Agreement shall be sufficient if in writing and shall be considered given when mailed by certified or registered mail, return receipt requested, to the parties at the following addresses (or at such other address that a party may specify by notice hereunder):

If to Columbia: Columbia DISC Group  
1051 Riverside Drive unit 78, New York, New York 10032

Copy to: Office of the General Counsel, Columbia University  
110 Low Memorial Library, New York, New York 10027

If to Licensee, to the address specified in the cover sheet to this license agreement, or to such other address as the Licensee may provide in writing from time to time.

- (b) **Assignment.** Neither this License Agreement nor any rights or obligations hereunder may be assigned, sublicensed or transferred by Licensee without the prior written consent of Columbia.
- (c) **Governing Law.** This License Agreement shall be governed by New York law applicable to agreements made and to be fully performed in New York.
- (d) **Entire Agreement; Amendment.** This License Agreement (which includes the cover page and these license terms) sets forth the entire agreement between the parties and supersedes all previous agreements, written or oral, concerning the subject matter hereof. This License Agreement may not be changed or terminated orally.
- (a) **Severability.** In the event that one or more provisions of this License Agreement shall be found to be invalid, illegal or unenforceable, in whole or in part, the validity, legality and enforceability of any of the remaining provisions or portions thereof shall not in any way be affected or impaired thereby and shall nevertheless be binding. Any such invalid, illegal or unenforceable provision or portion thereof shall be changed and interpreted so as to best accomplish the objectives of such provision or portion thereof within the limits of applicable law or applicable court decisions.



## ANEXO 4

# MANUAL DE URGENCIAS C-DISC-IV<sup>22</sup>

### INSTALACIÓN

- Inserte el CD
- Acceda al CD-ROM vía WINDOWS EXPLORER o MI PC
- Abrir el CD
- Clic sobre el archivo SETUP.EXE
- Siga los pasos de la instalación
- El icono “CDISC ara WINDOWS” se creará automáticamente en el Escritorio
- Clic sobre ese icono para ejecutar el programa del DISC

### ANTES DE ADMINISTRAR UNA ENTREVISTA

- Cargar/abrir un fólder (carpeta) o cree una nueva carpeta
- Ingrese los datos del nuevo paciente

#### ¿Cómo cargar/abrir una carpeta? [F2]

- FOLDER > LOAD
- La carpeta iluminada en el menú será abierta. Clic sobre [OPEN]
- El archivo del paciente iluminado será abierto. Clic sobre [OPEN]

#### ¿Cómo crear una nueva carpeta?

- FOLDER > NEW
- Ingrese el nombre de la nueva carpeta. 8 caracteres o menos, sin espacios ni signos de puntuación)
- Clic sobre [CREATE] y confirme [YES]

#### ¿Cómo entrar los datos del paciente? [F4]

- PATIENT > ADD
- ENTER:
  - Nombre, si el estudio lo requiere
  - Sexo, del entrevistado
  - ID #
  - Fecha de la entrevista. Tomada automáticamente del reloj del computador
- SELECT:
  - Administración: versión del DISC que se usará. Informante a quien se aplicará la entrevista.
  - Elija los diagnósticos que serán administrados

---

<sup>22</sup>Estudio de prevalencia comunitaria de trastornos psiquiátricos y utilización de servicios en la población infanto – juvenil chilena (FONDECYT 1070519) (2007)

- IGNORE:
  - Presentación
- CLIC [OK]

### **INICIANDO LA ENTREVISTA [F7]**

- Seleccione al sujeto en la carpeta
- RUN > ADMINISTER INTERVIEW o CLIC sobre el icono [ADMINISTER]

### **CAMBIOS A DEFINICIONES POR DEFECTO DEL PROGRAMA**

- Configuración:
  - Seleccione:
    - FOLDER ADMINISTRATION > SCORING > RECONSTRUCTION > TRANSFER
    - Seleccione las nuevas definiciones.
    - Clic en [OK]
- Cambios que pueden ser hechos a las definiciones por defecto:
  - Informante a quien será realizada la entrevista
  - Secciones diagnósticas que serán aplicadas
  - Formato de la carpeta. Por ejemplo, despliega nombre o ID
  - Formato del reporte. Por ejemplo corto o extendido, grabarlo o imprimirlo
  - Reconstrucción del formato. Por ejemplo, selección de las secciones diagnósticas, localización de las notas de los entrevistadores.

### **SUSPENDER UNA ENTREVISTA [ALT + Q]**

- Finalice la sección que está aplicando
- ALT + M > QUIT > SUSPEND

### **CAMBIOS EN LA PRESENTACIÓN (FORMATO) DE LA ENTREVISTA [ALT + M]**

- Cuando entreviste:
  - ALT + M > ADMIN > FONT
  - Seleccione el estilo y tamaño > [OK]
  - Asegúrese de seleccionar un tamaño no demasiado grande
  - Defina el formato en la primera pregunta. La meta es tener en la pantalla a la vista 2/3 de las preguntas de esa página.

### **RESPUESTAS A LAS ENTREVISTAS**

- 1 = SI; 2 = NO; 3 = ALGUNAS VECES
- Códigos especiales:
  - 7 ó 77 = rechaza responder
  - 8 ó 88 = no aplicable
  - 9 ó 99 = no sabe

## **CÓMO AGREGAR NOTAS DURANTE LA ENTREVISTA**

- ALT + N
- Escriba el comentario > [OK]
- Los comentarios ingresados aparecen en RECONSTRUCCIÓN

## **MANEJO DE DATOS BÁSICOS**

- FOLDERS – CARPETAS
  - NO USE una carpeta para cada caso. Eso crea problemas para el manejo de los datos. En cada carpeta puede tener hasta 99 entrevistas
  - Si entrevistó a un joven y a su cuidador, guarde las entrevistas en carpetas separadas. Eso ayuda en el manejo del ASCII
- Números de identificación – ID
  - Debe tener un número único por caso
  - El ID del joven y de su cuidador será el mismo o al menos una parte será compartida.
- Informes
  - Graba como un archivo .RTF
  - Use el ID# como nombre de archivo, no el nombre o iniciales, y agregue un identificador del archivo para distinguir entre tipos de informes. Por ejemplo D3454 = informe diagnóstico con el ID del sujeto.

## **RESPALDO (BACK-UP) DE ARCHIVOS DE DATOS ORIGINALES (.ANS)**

- Abra el FOLDER donde se encuentran los datos
- Inserte en pen- drive
- Confirme el PATH del pen-drive (La letra que lo identifica)

### **Cree una carpeta destino donde grabará los archivos**

- Use la instrucción FOLDER>NEW
- Ingrese el nombre del nuevo FOLDER: 8 caracteres o menos, sin espacios en blanco ni signos de puntuación.
- Cambie el PATH del FOLDER desde C:\ a la del pen-drive, escribiendo la letra del pen-drive. Ej. E:\
- Seleccione en [CREATE] y confirme en [YES]
- Las carpetas fuente (de origen) y destino aparecerán en la pantalla.

### **Respaldando una entrevista**

- Escriba WINDOW > TILE HORIZONTALLY (Para dividir la pantalla)
- Seleccione la entrevista en la carpeta fuente (de origen) y arrástrela a la carpeta destino, donde grabará el respaldo

### **Respaldando varias entrevistas**

- Escriba WINDOW > TILE HORIZONTALLY (Para dividir la pantalla)

- Seleccione las entrevistas a respaldar desde la carpeta fuente (de origen) bajando con la tecla [CTRL] presionada
- Una vez seleccionadas todas las entrevistas a respaldar deje de presionar la tecla [CTRL]
- Mueva el MOUSE para arrastrar las entrevistas a la carpeta destino, aquella donde grabará el respaldo.

### **TRANSFIRIENDO / COPIANDO ENTREVISTAS ENTRE CARPETAS**

- Abra las carpetas fuente y destino
- WINDOWS > TILE HORIZONTALLY, para dividir la pantalla
- CLIC (y marque con el ratón) sobre la entrevista en la carpeta fuente
- Arrástrela a la carpeta destino

### **TRANSFIRIENDO DATOS DEL ESCRITORIO (a C:\CDISII\STATS)**

- Un caso:
  - Seleccione la entrevista en la carpeta
  - RUN > TRANSFER DATA DECK
  - Ingrese nombre de archivo-grabe como .TXT
  - Grabe
- Múltiples casos:
  - Seleccione todos los casos manteniendo presionada la tecla CTRL y haciendo clic sobre los casos con el botón izquierdo del ratón.
  - Siga las instrucciones mencionadas arriba
- Agregando ASCII:
  - Siga las instrucciones mencionadas arriba
  - Digite en “nombre de archivo” aquel usado para los datos que ya han sido transferidos
  - [SAVE]
  - ¿Desea sobre-escribir? NO
  - ¿Desea agregarlo? YES

### **INFORME DE DIAGNÓSTICO [F6]**

- Un informe en texto, basado en criterios DSM-IV, lista los diagnósticos como positivos (cumple todos los criterios) o negativo.
  - Para grabar por defecto (Es decir, C:\CDISII\REPORTS)
    - Identifique el caso en la carpeta
    - RUN > SCORE INTERVIEW > DIAGNOSTIC REPORT
    - Cambie el nombre de archivo, FILENAME, usando “D” como identificador del tipo de informe. Ejemplo, DID#.RTF
    - [SAVE]

- Para acceder al informe
  - WINDOWS EXPLORER / MI PC
  - Localice el archivo: C:\CDISII\REPORTS
  - Abra el archivo guardado
  - El informe puede ser impreso desde este archivo
  
- Imprimir el informe desde el programa
  - Cambie la configuración por defecto (enviar a impresora) en CONFIGURE > SCORING MENU
  - Identifique (ilumine) el caso en la carpeta
  - RUN > SCORE INTERVIEW > DISGNOSTIC REPORT
  - [OK]

## INFORMES CLÍNICOS

- Informes
  - síntomas clínicamente significativos
  - diagnósticos listados como positivos (reúnen todos los criterios), sub-umbrales (reúne al menos la mitad de los criterios) o negativos
  - “Escala de síntomas” para cada diagnóstico (no indicativo de reunir criterios o diagnósticos)
  - Escala de discapacidad
  
- Para grabar por defecto: (Es decir en C:\CDISII\REPORTS)
  - Identifique el caso en la carpeta
  - RUN > SCORE INTERVIEW > CLINICAL REPORT
  - Cambie “FILENAME” usando “C” como identificador del tipo de informe. Ejemplo, **CID#.RTF**
  - [SAVE]
  
- Para acceder al informe
  - WINDOWS EXPLORER / MI PC
  - Localice C:\CDISII\REPORTS
  - Abra el archivo grabado

Nota: En este momento puede ser impreso desde el archivo grabado
  
- Para imprimir el informe desde el programa:
  - Cambie lo programado por defecto (enviar a impresora) en CONFIGURE > SCORING MENU
  - Identifique el caso en la carpeta.
  - RUN > SCORE INTERVIEW > CLINICAL REPORT
  - [OK]

- ¿Problemas al imprimir?  
Intente grabar el informe en un archivo. Abrir, formato e imprimir usando un procesador de texto.

## **RECONSTRUCCIÓN**

Reconstruir el texto de las preguntas hechas al sujeto y las respuestas ingresadas. No proporciona todas las preguntas del DISC, SOLAMENTE aquellas preguntadas.

- Para grabar por defecto: (Es decir, C:\CDISII\REPORTS)
  - Identifique el caso en la carpeta
  - RUN > RECONSTRUCT INTERVIEW
  - Cambie "FILENAME". Ejemplo, reconID#.rtf
  - [SAVE]
- Para acceder al informe:
  - WINDOWS EXPLORER / MI PC
  - Localice C:\CDISII\REPORTS
  - Abra el archivo grabado
  - Nota: En este momento puede ser impreso desde el archivo grabado
- Para imprimir el informe desde el programa:
  - Cambie lo programado por defecto (enviar a impresora) en CONFIGURE > RECONSTRUCTION MENU
- Identifique el caso en la carpeta
  - RUN > RECONSTRUCTION INTERVIEW
  - [OK]

## **VER LOS RESULTADOS EN LA PANTALLA**

- INFO > INTERVIEW RESULTS
- Seleccione SCORING o RECONSTRUCTION

## **¡RECUERDE!**

- El nombre de la carpeta NO DEBE tener más de 8 caracteres, y NO DEBERÍA incluir espacios o signos de puntuación.
- El nombre del sujeto aparece en el archivo de datos original (PAT.ANS) y en los informes.
- INFORME CLINICO. La puntuación de los síntomas está basada en un recuento general de éstos. NO necesariamente refleja criterios (por ejemplo, duración, intensidad y frecuencia de síntomas), y si un diagnóstico ha sido reunido.
- Una carpeta puede recibir hasta 99 entrevistas, por lo que no es necesario tener una carpeta por entrevista.

- NO edite los archivos PAT.ANS (datos crudos) o el nombre de archivo PAT.ANS. Esto generará colusión o pérdida de datos.
- Todas las funciones e informes del programa son explicadas en mayor profundidad en el Manual del Entrevistador del DISC.

Doble chequeo...

- Asegúrese de que el sistema de relojería del computador esté definido correctamente
- El dato de sexo ingresado corresponde al sexo del niño(a) y NO del cuidador
- Asegúrese que haya seleccionado correctamente en el menú [F4] al informante a quien será administrada la entrevista. Es decir, joven o cuidador.

## RESUMEN DE LAS TECLAS DE AYUDA EN EL DISC

**F2** Cargar una carpeta

**F4** Menú del registro de un paciente. Permite agrega los detalles de un sujeto

**F6** Puntuación de la entrevista. Por ejemplo, informe diagnóstico

**F7** Administración de la entrevista

### Para abrir un menú:

Presione la tecla ALT con la letra que corresponde. Por ejemplo,

**ALT-F** Abrir el menú FOLDER

**ALT-P** Abrir el menú PATIENT

**ALT-I** Abrir el menú INFO

**ALT-R** Abrir el menú RUN

**ALT-T** Abrir el menú TOOLS

**ALT-C** Abrir el menú CONFIGURE

**ALT-W** Abrir el menú WINDOWS

**ALT-E** Editar un paciente. Es decir, ver los detalles de una entrevista

**ALT-D** Borra a un paciente desde el FOLDER

**ALT-Q** Suspender la entrevista o salir del programa DISC

### En la entrevista:

**ALT-M** Abrir un menú que permite acceder a:

**ALT-A** Abrir el menú ADMIN

**ALT-S** Salta el menú

**ALT-T** Abrir / cerrar la línea de tiempo

**ALT-N** Ingresar notas de la entrevista

**ALT-R** Re-leer una pregunta en el DISC-VOICE

### Seleccionando funciones en el menú

- Una vez que ha abierto el menú seleccione las funciones en él tecleando la letra inicial. Por ejemplo, ALT-P, para abrir el menú PATIENT.
- Presionar A para agregar a un paciente una vez que ha abierto el menú PATIENT (PATIENT RECORD / TO ADD A PATIENT)

## Íconos

- OPEN Abre el menú que te permitirá abrir una carpeta
- ADMINISTER Comenzará la aplicación de la entrevista para el sujeto que ha sido identificado
- CREATE Abrirá el menú que te permitirá inicializar una nueva carpeta
- Botones dentro de la entrevista
- Previous Regresa a la pregunta previa
- Forward Se mueve a la siguiente pregunta SOLAMENTE si la pregunta actual ha sido respondida
- Timeline Abre / cierra la línea de tiempo

## ANEXO 5 FE DE ERRATAS<sup>23</sup>

### 1. Primeras Instrucciones:

#### INTRODUCCIÓN 1.

- Ajuste a la estación del año que corresponde al hemisferio sur.
- Instrucciones iniciales: si usted percibe que la persona entiende lo que usted le ha explicado, evite repetir “En el último año...” en cada pregunta y sólo menciónelo cada tres o cuatro preguntas.

#### DEMOGRAFÍA

**3.A.** ¿Fue ese día que cumpliste 16 años?

Puede agregar: *¿Verdad? ¿No es cierto?* Para suavizar la reiteración de la información

**6.** Opte por usar **CURSO** en vez de grado

**10.** Use **DEPARTAMENTO** por apartamento

**INTRODUCCION 5.** Úsela solo si lo considera necesario.

### 2. MODULOS CLÍNICOS

**CONSULTA POR EL PROBLEMA:** En las preguntas “*¿Fuiste a ver a alguien en un hospital, clínica o consultorio (oficina) porque...?*” REEMPLACE “*...ver a alguien*” por “*consultar*”

QUEDARÁ: “*¿Fuiste a **consultar** en un hospital, clínica,...?*”

#### 2.1. La Fobia Social (SoPh)

.-

#### 2.2. La Ansiedad de Separación (SAD)

**19.** Use **PROFESORES** por maestros

**19A.** Use **ESTUVIERON** por estuvieran

---

<sup>23</sup>Fuente: Estudio de prevalencia comunitaria de trastornos psiquiátricos y utilización de servicios en la población infanto-juvenil chilena. Proyecto FONDECYT 1070519 (2007)

21. Use **CONSULTA** en reemplazo de cita

### 2.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD)

.-

### 2.4. Mutismo Selectivo (SeMu)

.-

### 2.5. Trastorno Obsesivo-Compulsivo (OCD)

.-

### 2.6. Trastornos alimentarios (EAT)

**PREGUNTA 1.** Unidades de medida a usar. NO PREGUNTE. CODIFIQUE kilogramos y centímetros

13. *“ton abas” = tomabas*

27. Use **PROFESORES** por MAESTROS

27A. Use **PROFESORES** por MAESTROS

### 2.7. Trastornos Afectivos

#### DEPRESIÓN MAYOR (MDD)

4. ¿hubo una época en que **bajaste** de peso? en reemplazo de “...**perdiste** peso?”

8. ¿dormías de forma diferente a como duermes generalmente? (se refiere a calidad del sueño)

14. ¿hubo una época en que sentías los brazos y piernas muy pesados como si **llevaras** un gran peso? en reemplazo de “... **cargaras** un gran peso?”

### 2.8. Esquizofrenia (SCHIZ)

Sección EQZ: “visiones” del niño; evaluación del padre con respecto a probable enfermedad mental del niño. **Suavice el comentario.**

52. Use **PROFESORES** por MAESTROS

NOTE 17. SIEMPRE HAY QUE RESPONDER **1=SI.**

## 2.9. Déficit Atencional/ Trastorno de Hiperactividad (ADHD)

- 25. Use “*En el último año te subías*” en reemplazo de “...*te trepabas...*”
- 26. **NO** use “*Digamos que*”. Solo diga “*durante más de 10 minutos*”
- 28. No use “*alboroto*” sólo diga “*ruido*”.
- 30. No use “*entrometiste*” sólo diga “*metiste*”.
- 28. No use “*no estuviste pendiente*” sólo diga “*no pensaste en las consecuencias*”.

## 2.10. Trastorno Negativista -desafiante (ODD)

- 2. Use **PROFESORES** por maestros
- 3. Use **PROFESORES** por maestros
- 4. Use **PROFESORES** por maestros
- 6A. Reemplazar *le hiciste esto* por *le echaste la culpa* en: ¿Le hiciste **esto** solamente a tú(s) hermano(s) o hermana(as)?
- 8A. Reemplazar *le hiciste esto* por *te enojaste* en: ¿Le hiciste **esto** solamente a tú(s) hermanos o hermana(as)?
- 9A. Reemplazar *le hiciste esto* por *te enojaste por las cosas injustas* en: ¿Le hiciste **esto** solamente a tú(s) hermanos o hermana(as)?
- 13.B. Comenzar en “*Hubo algún periodo...*” NO usar “*desde esa primera vez*”
- 15. Sacar “*poco cooperador*”

## 2.11. Trastorno Disocial (CD)

- 5D. Reemplazar \$20 por **10 MIL PESOS**
- 5D. Reemplazar \$5 por **2 MIL PESOS**
- 15. Use ¿...o para *evitar pagar* algo importante...” en reemplazo de “*o para librarte (zafarte)de algo*”
- 18.G / 18H. Si aparecen estas preguntas codificarlas con 99 (no aplicable)
- 20. Use **LOS NEUMÁTICOS** por LAS LLANTAS

25. Use **ABUSIVO** en reemplazo de ABUSADOR(A)

27. Use ¿Alguna vez has **participado** en una pelea...? en reemplazo de ¿Alguna vez has **estado** en una pelea...?

34A. Use **PROFESORES** por maestros

36. Expulsado de la escuela: echado de la escuela sin poder regresar a ella

36A. Use **PROFESORES** por maestros

37. Suspendido de la escuela: echado de la escuela por un(os) día(s). En esta pregunta **NO USE (expulsado)**

38. Suspendido (expulsado) de las clases: no permitir el ingreso a / ser echado de la sala de clases. En esta pregunta **NO USE (expulsado)**

38A. En esta pregunta **NO USE (expulsado)**

2.12. **Abuso de alcohol (ALC), uso de tabaco (TOB), uso de marihuana (MARJI), y otros abusos de sustancias (OTHER SUBST)**

### ALCOHOL

**INTRODUCCIÓN.** Use **MEDIDA** en reemplazo de onza y en el ejemplo use **PISCO SOUR**

1L. Use *“Es decir **que te costaba hablar** o te tambaleabas”* en reemplazo de *“...estabas con el habla pesada...”*

27. Use **PROFESORES** por MAESTROS

### TABACO

2. **TABACO EN POLVO. NO** pregunte y codifique **0**

### MARIHUANA

**INTRODUCCIÓN.** USE: *“**Ahora le voy a preguntar sobre el uso que NIÑO puede haber hecho de otras drogas**”*

En reemplazo de: *“**Ahora le voy a preguntar sobre el uso de otras drogas de NIÑO**”*

**Preguntas 1 – 11:** Use *“... **para volarse**” en reemplazo de “ponerse high /coger una nota/ colocarse”*

1. No mencione **metedrina**
2. No mencione **Seconal, Librium, Xanan, Ativan, Quaaludes**
3. Use **PASTA BASE** por CRACK
5. No mencione **Demeron, percodan, metadona, Darvon, Dilaudil, Talwin**. Agregue **Petidin** después de opio.
7. Use **EXTASIS** en reemplazo de DMT
8. Mencione sólo **AEROSOLE**S. No mencione el resto.
9. Agregue: **NEOPRÉN, AGOREX**
19. Use ***“andar en bicicleta”*** en reemplazo de ***“montar en bicicleta”***.
23. Use **VOLADO(A)** por ESTIMULADO
68. Use **PROFESORES** por MAESTROS
- 68A. Use **PROFESORES** por MAESTROS
72. Use **GRUPOS DE AUTO AYUDA** en reemplazo de ***“narcóticos anónimos”***
74. Use **VOLADO(A)** por ***“high”***