



Universidad de Chile

Facultad de Derecho

Departamento de Ciencias Penales

**SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO DE DROGAS EN ADOLESCENTES INFRACTORES
PRIVADOS DE LIBERTAD EN CIP-CRC ENTRE EL PERIODO 2007-2018.¹**

Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales.

Autor:

Cristóbal Manríquez Miranda

PROFESOR GUÍA:

Álvaro Castro Morales

Santiago de Chile,

Segundo semestre 2020.

¹ Esta memoria ha sido realizada bajo el proyecto Fondecyt iniciación Nr.11190355.

Resumen:

La presente investigación pretende determinar y sistematizar los principales problemas en salud mental, atención psicológica y consumo de drogas observados en las actas de las visitas realizadas por las Comisiones Interinstitucionales de Supervisión de Centros privativos de libertad (en adelante, CISC), entre los años 2007 y 2018, en jóvenes infractores en cumplimiento de penas privativas de libertad en centros de régimen cerrado y de internación provisoria; para ello, se realizará una exposición y recopilación de lo exigido en estándares internacionales y nacionales en materia de salud mental y tratamiento de drogas para adolescentes infractores privados de libertad, con el fin de analizar el cumplimiento de lo observado por las CISC en relación a la normativa que aplica en la materia.

Palabras clave: Salud - Salud Mental – Adolescencia - Factores de riesgo - Consumo problemático de drogas - Adolescentes infractores de ley - Penas privativas de libertad.

Índice

Introducción:	4
Capítulo 1: Salud mental y consumo de drogas en la adolescencia en general, y en adolescentes privados de libertad en particular.	7
1.1: Salud mental en adolescentes chilenos.....	9
1.2: Consumo de drogas en adolescentes chilenos.....	10
1.3: Salud mental en adolescentes chilenos sometidos a penas privativas de libertad. 16	
1.4: Consumo de drogas en adolescentes chilenos sometidos a penas privativas de libertad.	18
Capítulo 2: Estándares normativos nacionales e internacionales en materia de salud mental y consumo de drogas en adolescentes privados de libertad	20
2.1: Normativa internacional: Convención de los Derechos del Niño, Reglas de la Habana, directrices RIAD, reglas de Beijing y observaciones generales del comité de los Derechos del Niño.	21
2.2: Normativa nacional: Salud mental y tratamiento de drogas en la ley 20.084 en su reglamento.	26
Capítulo 3: Revisión y exposición de la oferta desplegada por los CIP-CRC entre el periodo 2007-2018, en materia de salud mental y tratamiento de drogas para adolescentes privados de libertad	33
3.1: Descripción de la oferta en salud mental y tratamiento de drogas desplegadas por los CIP-CRC entre los años 2007-2008, 2012-2013, y 2018.	35
3.2: Principales problemas y/o falencias más frecuentes observadas por las actas de las CISC en la oferta desplegada por los centros CIP-CRC del 2007 al 2018.....	44
Conclusiones:	47
Bibliografía:	49

Introducción:

Desde la entrada en vigor de la ley 20.084 el 2005 (en adelante, LRPA), se establece un régimen penal diferenciado para jóvenes infractores entre 14 y 18 años que la ley entiende como “adolescentes”. De esta manera, el Estado hace efectiva la responsabilidad individual de quien reconoce como sujeto de derecho, y que en su autonomía ha infringido la ley penal.

El desarrollo de la salud en el contexto de la adolescencia se caracteriza por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos².

De esta manera, rango etario comprendido en la LRPA se caracteriza por procesos naturales propios del desarrollo de esta etapa, procesos que los exponen a una mayor vulnerabilidad y, por tanto, un deber de protección especial por parte de la familia, el Estado y la sociedad³. Lo anterior se expresa de forma clara en los problemas de salud mental y psicosociales que afectan a los adolescentes en general, entendiendo que el suicidio, las autolesiones, los trastornos alimentarios y la depresión, son las causas principales de la mala salud, la morbilidad y la mortalidad entre los adolescentes⁴.

De ahí que los adolescentes privados de libertad con carencias en salud mental estén expuestos a una doble vulnerabilidad, lo que se evidencia en la mayor probabilidad que tienen los adolescentes infractores privados de libertad de desarrollar trastornos de este tipo, en comparación a la población adulta privada de libertad, por lo que el Estado debe extremar recursos a la hora de moldear la ejecución de las sanciones privativas de libertad en adolescentes⁵.

En cuanto al derecho internacional, este establece una serie de estándares orientadores en materia de salud mental adolescente, los cuales es necesario sistematizar para medir el nivel de cumplimiento de los Estados suscritos. De esta manera: la Convención de los Derechos del Niño (en adelante, CDN) en sus artículos 27 Nro.1 y 29 letra A, establece a los Estados la tarea de velar por el desarrollo mental del niño; las reglas de la Habana

² COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2003), p. 1.

³ PRATO et al. (2011), pp. 959-960.

⁴ COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2016), p. 17.

⁵ MALDONADO (2013), p. 208.

establecen que el sistema de justicia de menores de los Estado Parte deberá fomentar su bienestar físico y mental, y en su letra H sobre “atención médica” se contempla expresamente la atención en salud mental y el deber de detectar y tratar todo uso indebido de sustancias químicas; el Comité de los Derechos de Niño señala en sus observaciones generales, que los Estados Parte deben garantizar que todos los adolescentes puedan disponer de asesoramiento en materia de salud mental de calidad apropiada y adaptada a los problemas propios de la edad⁶; las Reglas de Beijing en su número 26 establece como parte de los objetivos del tratamiento en establecimientos penitenciarios, toda la asistencia psicológica necesaria que puedan requerir debido a su edad; las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de Menores Privados de Libertad reconocen en su letra H, Nro. 49 a 53, que la atención médica que debe otorgarse a los internos comprende la salud mental, además en su letra L Nro. 67 considera a la salud mental como un factor que limita la imposición de sanciones disciplinarias que puedan ponerla en peligro, lo que es asimilado por la LRPA en su art. 45 letra B, y en su art. 24 letra F, como criterio de determinación de la pena.

En definitiva, la adolescencia en sí se caracteriza por un de aumento comportamientos y sintomatología asociada a patologías de salud mental, siendo el Estado el encargado de disponer la oferta necesaria para tratamientos en salud mental en virtud del artículo 5º de nuestra Constitución de la República, que impone el deber de recoger estos estándares a la hora de diseñar e implementar las normas y la reglamentación interna que rija en materia de responsabilidad penal adolescente y sobre todo, en la ejecución de penas privativas de libertad, de manera tal que en los recintos penitenciarios exista cobertura en materia de salud tanto física como mental, para los adolescentes infractores. Esto ya sea como contenido de la sanción, o porque se entiende como un deber preexistente al régimen penal, y que forma parte de una política social que no debe verse entorpecida por la necesidad de cumplimiento de una sanción penal⁷.

En el marco de lo anterior, el dpto. de Justicia Juvenil en Chile ha procurado diseñar modelos de intervención especializados, con una oferta programática multimodal y ecosistémica enfocada en las necesidades específicas del adolescente⁸, la cual opera sobre “factores de riesgo” y “necesidades personales de intervención” o “Riesgo,

⁶ COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2019), *passim*.

⁷ MALDONADO (2013), p. 214.

⁸ SENAME (2012), p. 31.

necesidad y capacidad de respuesta del/a adolescente y del entorno”⁹ , que sirven de orientación para el trabajo de los equipos técnicos¹⁰ .

Las visitas realizadas por las Comisiones Interinstitucionales de Supervisión de Centros privativos de libertad (en adelante, CISC) entre los años 2007 a 2018 permite conocer de primera fuente el nivel de cumplimiento de la norma en relación a lo efectivamente constatado en los centros, ya que dentro de los diez factores que se evalúan, existen aspectos relacionados a “Salud Mental” dentro del factor VI relativo a la “Salud”, y el factor IX sobre “Tratamiento de drogas”. Esto permite constatar las principales falencias y virtudes detectadas en las formas y procedimientos que han implementado los distintos CIP-CRC¹¹ a lo largo del país desde la entrada en vigencia de la LRPA, para intentar otorgar una oferta adecuada y especializada a las diversas carencias en salud mental que presenta este grupo de riesgo.

En definitiva, surge la necesidad de indagar y realizar investigaciones que visibilicen la realidad de estos centros en comparación al estándar exigible en la ley y en tratados internacionales, a fin de denunciar posibles prácticas negligentes que pueden agravar esta doble vulnerabilidad psíquica que afecta a los adolescentes infractores privados de libertad. Y paralelamente, replicar aquellas intervenciones que han permitido un mayor logro o aproximación hacia un modelo de justicia juvenil que afirma tener un enfoque socioeducativo, orientado a la responsabilización y reinserción social¹².

⁹ SENAME (2011), p. 4.

¹⁰ SENAME (2009), passim.

¹¹ Contemplados esencialmente los artículos 6 letra a), 15, 17, 43 letras a) y b) de la Ley N°20.084, y también definidos en la web del Servicio Nacional de Menores de la siguiente manera: Serán Centros de Régimen Cerrado (o CRC) los “...centros encargados de hacer efectivo el cumplimiento de las sanciones de internación en régimen cerrado con programa de reinserción social, esto corresponde al cumplimiento efectivo de las condenas decretadas por un tribunal de justicia (...)” y en cuanto a los Centros de Internación Provisoria (o CIP) se refiere a aquella “...medida cautelar personal de carácter excepcional, que impone al adolescente imputado/a un estado de privación de libertad, decretada por el juez de garantía o el tribunal oral en lo penal a solicitud del fiscal o del querellante”. SENAME, disponible en: <https://www.sename.cl/web/index.php/oferta-justicia-juvenil/> [fecha de consulta: 20/09/2020].

¹² SENAME (2012), p. 31.

Capítulo 1: Salud mental y consumo de drogas en la adolescencia en general, y en adolescentes privados de libertad en particular.

Antecedentes:

“El trastorno psiquiátrico contribuye más al riesgo de delincuencia que el índice de masa corporal (IMC) contribuye al riesgo de ataque cardíaco”¹³

Para acercarnos a nuestro objeto de estudio debemos establecer tres aspectos: primero, cómo se han entendido los conceptos *salud* y *salud mental*; luego, el cómo se han analizado estos aspectos en la población en general, en la adolescencia en particular, y en la adolescencia infractora de ley propiamente tal; y, en tercer lugar, cómo la ejecución de la sanción penal juvenil privativa de libertad puede afectar dichos ámbitos.

En cuanto a lo primero, siendo Chile Estado Miembro de la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) desde 1929, entenderemos como *salud* lo establecido por la OMS en el preámbulo de la Constitución, definición que se ha mantenido sin modificaciones desde 1946¹⁴. En base a esta definición se han identificado cuatro criterios para orientar un concepto universal de salud mental, la cual debe ser entendida como: parte integral de la salud; que es más que la mera ausencia de enfermedades; que está relacionado con la salud física y la conducta¹⁵; y que puede verse afectada por factores socioeconómicos¹⁶.

Es por ello por lo que hoy se habla de salud mental desde una visión positiva¹⁷, y se plantea como:

¹³ COPELAN et al. (2017), apud HAEGERICH y TOLAN (2011), *en*: Oxford (2011), p. 124.

¹⁴ “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19 de junio al 22 de julio de 1946.

¹⁵ OMS (2004), p.14

¹⁶ OMS (2013), p.7

¹⁷ “*La perspectiva positiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, define que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial.*” MARTÍNEZ (2016), p. 7; Véase: “... lo que implicó la inclusión en la agenda política de acciones que canalizaran la responsabilidad de los Estados en la búsqueda del bienestar de las personas”. MUÑOZ , RESTREPO, CARDONA (2016), p.166; Véase: “*Es así como la Salud, tanto la salud general como la salud mental, debe ser comprendida desde su acepción positiva, como un estado de satisfacción y desarrollo de las potencialidades.*” SENAME (2018), p. 33

“Un estado de bienestar físico en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”¹⁸

De esta manera es claro que en la salud mental -a diferencia de la salud física- , las variables sociodemográficas, económicas y ambientales pueden ser factores tan determinantes como las características individuales de los sujetos biopsicosociales, a la hora de impulsar la aparición de trastornos mentales¹⁹.

En consecuencia, el desafío por asumir para hablar de salud mental en adolescentes infractores de ley pasa por identificar las múltiples causas interrelacionadas o *factores de riesgo*²⁰ que influyen en la delincuencia juvenil, y la posible comorbilidad²¹ presente en cada caso. Para ello, en la práctica se ha diseñado un modelo de riesgo-necesidad-responsividad (RNR), *que es uno de los más aplicados y con mayor influencia en la evaluación y tratamiento penal de adolescentes infractores.*²²

Luego, daremos cuenta que dentro de la diversidad de *factores de riesgo* que se han detectado, uno de los más frecuentes analizados en doctrina es el abuso de estupefacientes y/o de alcohol²³, cuyo consumo problemático se ha relacionado a la aparición de posteriores cuadros psicopatológicos²⁴.

Por consiguiente, en este primer capítulo realizaremos una exposición del panorama general observado en la adolescencia y en los adolescentes chilenos respecto a salud

¹⁸ OMS (2004), p.14.

¹⁹ OMS (2013), p.7.

²⁰ *“During the 1990s, there was a revolution in criminology, as the risk factor prevention paradigm became influential (see Farrington 2000b). The basic idea of this paradigm is very simple: identify the key risk factor for offending and implement prevention methods designed to counteract them”* FARRINGTON, *en*: Oxford (2011), p. 147 (2); Véase: *“La violencia es el resultado de una compleja interacción de factores individuales, familiares, comunitarios y societarios”*. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2003) p.7; Véase: *“...comprende como factor de riesgo la presencia de situaciones contextuales o personales de carácter negativo que incrementan la posibilidad de que las personas desarrollen problemas emocionales, de salud, contextuales o interpersonales.”* SENAME, (2011), p. 6.

²¹ *“Mental disorders are often seen in delinquent youth, and this relationship is known as comorbidity. Comorbid disorders may be different manifestations of the same disorder.”* HAEGERICH y TOLAN (2011) *en*: Oxford (2011), p.123 (1).

²² JIMÉNEZ et al (2020), p.149; Véase: ANDREWS y BONTA (2010), *passim*.

²³ *“La delincuencia y el consumo de droga (...) son dos fenómenos asociados desde múltiples perspectivas, especialmente si se considera el impacto que el consumo tiene sobre el comportamiento delictivo de los jóvenes”* WERTH (2008), *en*: El Observador (2008), pp. 13-14; Véase: *“Entre los factores de riesgo más relevantes que predisponen el comportamiento suicida figuran el trastorno mental y el consumo problemático de drogas y alcohol”*. SENAME (2019), p.11.

²⁴ FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), p.10.

mental y consumo de drogas, para luego pormenorizar dichos aspectos respecto de adolescentes infractores condenados a penas privativas de libertad, y de esta forma realizar un comparendo entre ambos grupos a fin de observar las principales diferencias y similitudes.

1.1: Salud mental en adolescentes chilenos.

Aunque no existe consenso sobre el rango etario que define la adolescencia²⁵; La OMS la ha entendido como aquella etapa entre los 10 y los 19 años, dentro de la cual se aprecia una primera adolescencia o “adolescencia joven” entre los 10 y los 14 años, y una segunda entre los 15 a los 19 años o “adolescentes mayores”²⁶. Hay quienes comprenden esta etapa entre los 10 y los 20 años, subdividiéndola en tres periodos²⁷. En el caso chileno, nuestra LPRA entiende como adolescentes a aquellas personas entre 14 y 18 años.²⁸

La naturaleza de los cambios biopsicosociales propios de la adolescencia es de la envergadura suficiente para considerarse un factor de riesgo en sí, toda vez que ellos implican una mayor vulnerabilidad para adoptar conductas de riesgo, como sería el consumo de sustancias y la delincuencia.²⁹

A nivel biológico, esta mayor preferencia al riesgo y/o a la búsqueda de sensaciones durante la adolescencia³⁰ se explica en parte porque el sistema límbico comienza a desarrollarse antes que las áreas de la corteza prefrontal³¹. La mayor actividad límbica implica una sensibilidad aumentada a los incentivos, lo que en paralelo ocurre con una menor participación de las áreas prefrontales asociadas a la autorregulación. Esta mayor lentitud en el desarrollo del sistema del control ejecutivo -asociado a la autorregulación-,

²⁵ MATELUNA (2018), p.4.

²⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2017), p.8.

²⁷ “Distinto autores lo han dividido en tres periodos, considerando adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia intermedia (14 a 17 años) y adolescencia tardía (18 a 20 años).” FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), pp. 13-14.

²⁸ “La presente ley se aplicará a quienes al momento en que se hubiere dado principio de ejecución del delito, sean mayores de catorce y menores de dieciocho años, los que, para los efectos de esta ley, se consideran adolescentes” Artículo 3 inc. 1º, Ley N°20.084.

²⁹ Se ha afirmado que las variables psicosociales propias de esta etapa predisponen la adopción de conductas de riesgo y la aparición de trastornos en salud mental. ARBEX (2002), apud MATELUNA (2018), op. cit, pp. 4-7; Véase: “Some form of delinquency is a normative part of adolescence for a majority of teens” WOOLARD (2011) en: Oxford (2011), p.107.

³⁰ “the risk preference, or sensation-seeking, is thought to have some biological bases in pubertal changes in the limbic system, which is connected with arousal and emotion” DALH (2008), apud WOOLARD, ibid, p. 115.

³¹ FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), p. 15.

permite que el sistema afectivo ejerza más control sobre los adolescentes que sobre los adultos maduros.³²

Luego, el impacto a nivel psicosocial de este factor biológico relativo a la inmadurez del control ejecutivo de los impulsos, frente al predominio del sistema socioemocional, implica que el adolescente sea más susceptible a las influencias ambientales y de sus compañeros³³, junto a una menor capacidad de orientación futura³⁴ y de ponderación de consecuencias a largo plazo³⁵, además de tender a equiparar la recompensa inmediata menor y la recompensa retrasada mayor³⁶. En definitiva:

“en la medida que este sistema de control madura, los sujetos incrementan su capacidad para coordinar afecto y cognición, y ejercer mayores niveles de autorregulación, incluso en condiciones de activación emocional”³⁷

Ya tenemos un panorama general de lo que implican los cambios biopsicosociales más característicos de la adolescencia y cómo esto podría instar a la conducta delictual y el consumo abusivo de drogas. Ahora, si atendemos a los datos disponibles sobre el estado de la salud mental de los adolescentes en Chile, de partida daremos cuenta de lo delicado la situación toda vez que Chile ocupa el 2º lugar mundial en el aumento de las tasas de suicidio adolescente, luego de Corea del Norte.³⁸

1.2: Consumo de drogas en adolescentes chilenos.

Para obtener un panorama general del consumo de drogas en adolescentes chilenos nos serviremos de los datos recopilados por el Observatorio Chileno de Drogas, mediante su Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile de 8º Básico

³² “see less engagement of prefrontal areas associated with self-regulation. This may allow the affective system to exert more control over adolescent than mature adults” DAHL (2008), apud WOOLARD, op. cit. p.115

³³ “Adolescents are subject to, and sensitive to, peer influence in ways that adults simply are not.” Ibid, p. 114.

³⁴ “An innovative video study that asked fifty-six adolescents aged 13 to 18 to identify potential consequences of an unfolding robbery-turned-homicide found that mid-adolescents (aged 14 to 15) had lower future orientation than the younger and older adolescents” FRIED y REPUCCI (2001), apud WOOLARD, ibid, p. 112

³⁵ “the youngest participants, aged 11 to 13, identified fewer long-term consequences of their recommended decisions across interrogation” Ibid, p. 113.

³⁶ “which identifies the point at which the value of a larger delayed reward and a smaller immediate reward become equivalent- the “tipping point”” STEINBERG et al (2009), apud WOOLARD, ibid, p. 113.

³⁷ FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), p. 16.

³⁸ SENAME (2019), p. 7.

a 4º medio³⁹, junto al Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en la Población general de Chile⁴⁰.

Dichos datos nos permiten apreciar la prevalencia⁴¹ del consumo según el tipo de droga, y cuándo entenderemos que existe un consumo “problemático” por apreciarse un abuso⁴² o dependencia⁴³ en una o más sustancias. Para efectos de nuestro estudio nos limitaremos a las sustancias lícitas e ilícitas más frecuentes en nuestro país, a saber, dentro de las primeras: marihuana, cocaína y pasta base; y en cuanto a las segundas: alcohol, tabaco.

Realizado lo anterior, procederemos a señalar los principales factores observados en dichas encuestas que podrían incidir en el consumo de droga a edades precoces⁴⁴ y/o instar el inicio del consumo antes de cumplir la mayoría de edad⁴⁵.

A. Marihuana

Si bien desde el 2010 las encuestas hasta la fecha muestran un aumento sistemático en el consumo de marihuana por parte de la población general, en el estudio realizado el año 2018 se muestra una baja en el consumo de esta sustancia en personas entre 12 y 18

³⁹ Aplicada entre los meses de agosto y noviembre 2017, con una muestra lograda de 55.809 alumnos encuestados, pertenecientes a 3.667 cursos entre 8vo y 4º medio en 1604 establecimientos educacionales tanto científico-humanista como técnico-profesional, ya sean de tipo municipal, subvencionado o particulares-pagados, ubicados 121 comunas a lo largo de las 15 regiones del país. SENDA (2018), p. 16.

⁴⁰ Aplicada entre el periodo septiembre 2018 y marzo 2019 en 109 comunas de Chile, representando un 84,6% de las viviendas del área urbana total, de diverso nivel socioeconómico. Si bien la muestra comprende población entre los 12 y 64 años, nos enfocaremos en los resultados obtenidos en el sector de adolescentes (de 12 a 18 años), para conocer la magnitud y características del consumo de drogas en esta población en específico. SENDA (2019), pp. 7-17

⁴¹ La prevalencia en las drogas estudiadas se mide según consumo de sustancias ilícitas al menos una vez en los últimos 12 meses; en cuanto al alcohol y al tabaco, se medirá su consumo al menos una vez en el último mes. Ibid, p. 23.

⁴² Se entenderá abuso en el consumo de drogas cuando exista 1 de los 4 criterios establecido en el Manual Diagnóstico de Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), a saber: *uso recurrente de la sustancia con el consiguiente fracaso en obligaciones laborales, escolares o domésticas; uso recurrente de la sustancia en situaciones en las cuales es físicamente peligroso; problemas legales recurrentes como consecuencia del uso de la sustancia; y uso continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales provocados o exacerbados por esta*. Ibid. p. 43

⁴³ Habrá dependencia si hay 3 o más de los 6 criterios establecidos en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), a saber: *“deseo intenso o compulsión a consumir; disminución de capacidad para controlar el consumo; abstinencia; tolerancia; abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión (o tiempo necesario para obtener la sustancia o para recuperarse de sus efectos); y persistencia en el consumo de la sustancia”*. Ibid, p. 43

⁴⁴ En adelante, se entenderá por precocidad: *“aquella proporción que declara haber probado la sustancia por primera vez antes de los 15 años”*. Luego, la *“edad de inicio y precocidad se obtienen a partir de quienes reportan edad de inicio mayor o igual a 8 años y quienes declaran haber probado -la sustancia- alguna vez en la vida”*. SENDA (2018), *passim*.

⁴⁵ Cabe aclarar que se excluirá en este apartado el factor de vulnerabilidad que representan los cambios biopsicosociales de la adolescencia en sí, ya sobre ello nos referimos en el apartado 1.1.

años. No obstante, esta baja no es estadísticamente significativa y el consumo de marihuana en adolescentes en general, que al año 2018 presentan una prevalencia sobre el 10%.⁴⁶



• G
 ráfi
 co
 N°1:
 Fue
 nte:
 Obs
 erva
 torio

Chileno de Drogas, Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile (2018), p. 27.

Por otro lado, el consumo de esta sustancia en el último tiempo ha presentado un nuevo desafío relativo a los nuevos tipos de marihuana⁴⁷, que se están consumiendo y la mayor potencia que presentan las variedades tipo *skunk*, que presentan un alto contenido del compuesto psicoactivo THC en proporción al CBD, lo que implica un riesgo tres veces mayor para consumidores de padecer trastornos mentales tipo psicosis, que en comparación a no consumidores⁴⁸.

Lo anterior es especialmente problemático en el rango etario objeto de estudio, toda vez que, si bien la marihuana verde es la más consumida entre personas de 12 a 18 años, en este grupo se destaca una mayor proporción del uso de marihuana de alta potencia en relación a los otros tramos de edad⁴⁹, y además el estudio realizado a la población escolar

⁴⁶ SENDA (2019), pp. 27-28.

⁴⁷ De esta manera (de menor a mayor calidad) se ha detectado: marihuana tipo prensada (paraguaya), marihuana verde, y marihuana “skunk” o de alta potencia. Ibid, pp.27-28.

⁴⁸ “A recent study in south London suggest the risk of psychosis is three times higher in users of high-potency herbal cannabis (“skunk”) than in non-users” UNODC (2015), p.62.

⁴⁹ SENDA (2019), p. 28.

el año 2017 muestra que la precocidad⁵⁰ en el consumo está aumentando, registrándose en promedio la edad más baja de inicio de consumo desde el 2001.⁵¹

Al mismo tiempo, existe una tendencia generalizada al alza desde el 2011 al 2017 en la proporción de la población escolar de 8º básico a 4º medio que declara consumir marihuana 10 o más veces al año.⁵²

La tendencia anterior podría explicarse en el cambio de percepción que se está teniendo frente a esta sustancia⁵³, planteándose la necesidad de cambiar la idea de que la marihuana no conlleva graves consecuencias para la salud. Por el contrario, la complejidad del mercado del cannabis y la variedad de productos que presenta es algo sin precedentes, lo que junto a la tendencia de buscar cepas con alto contenido del psicoactivo THC -en desmedro del antipsicótico CBD-, está generando evidencia categórica del vínculo existente entre el consumo de cannabis y algunas formas de enfermedad mental.⁵⁴

B. Cocaína

El rango etario entre 12 a 18 años en Chile muestra un uso de cocaína significativamente más bajo en comparación a los otros tramos de edad de la población en general⁵⁵. Junto con ello también se observa un marcado descenso en la población entre 8º básico y 4º medio el año 2017, lo que rompe la tendencia al alza que se mantenía desde el 2011.⁵⁶

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida, último año y último mes en Población Escolar. Chile, 2001-2017



⁵⁰ Ver
⁵¹ Ibid
⁵² Ver
⁵³ "Pc
porce

percepción respecto al uso experimental llegó a 11,0%, estabilizándose los valores más bajos de toda la serie de estudios." Ibid, p. 41.

⁵⁴ "The current cannabis market is far more complex and sophisticated than in the past and there is far larger variety of cannabis products on the market than ever before, some of which appear to be more harmful than their predecessors (...) Given that there is growing evidence of links between cannabis use and some form of mental illness". UNODC (2015), p. 76; Véase: "Is cannabis becoming more harmful?". ibid, p. 62.

⁵⁵ SENDA (2019), p. 29.

⁵⁶ SENDA (2018), p. 33.

• G
ráfi
co

• G
ráfi
co

N°2:

Fuente: Observatorio Chileno de Drogas (2017), Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar, p. 33.

C. Pasta Base.

La tendencia observada respecto al consumo de esta sustancia en la población adolescente es similar a lo exhibido respecto al consumo de cocaína toda vez que, en el tramo de 12 a 18 años el consumo de pasta base es significativamente menor al reportado en los otros tramos de edad⁵⁷. Sin embargo, a pesar de que también exista un descenso en las prevalencias de uso, por segundo estudio consecutivo se muestra una estabilización en los estudiantes que inician consumo de pasta base antes de los 15 años (precocidad), además de mantenerse la prevalencia significativamente mayor en establecimientos municipales respecto a subvencionados y pagados.⁵⁸

D. Alcohol y tabaco

Agrupamos las características del consumo de alcohol y tabaco en la población general de adolescentes ya que ambas presentan las mismas tendencias. En este rango etario la prevalencia del consumo -ya sea de alcohol o de tabaco-, es significativamente menor en comparación al resto de los tramos de edad⁵⁹. Además, el consumo de estas sustancias mantiene una disminución sostenida desde el año 2005 en la población escolar de 8º básico a 4º medio.⁶⁰

Sin embargo, si bien ha habido una disminución en la precocidad debido al aumento sostenido del promedio de la edad de inicio del consumo, aún se mantiene -tanto en

⁵⁷ SENDA (2019), p. 30.

⁵⁸ SENDA (2018), pp. 34-35.

⁵⁹ SENDA (2019), pp. 30-32.

⁶⁰ SENDA (2018), pp. 25-26.

alcohol como en tabaco- un promedio de 13,7 años en la edad de inicio de consumo y una precocidad que bordea el 65% de los casos.⁶¹

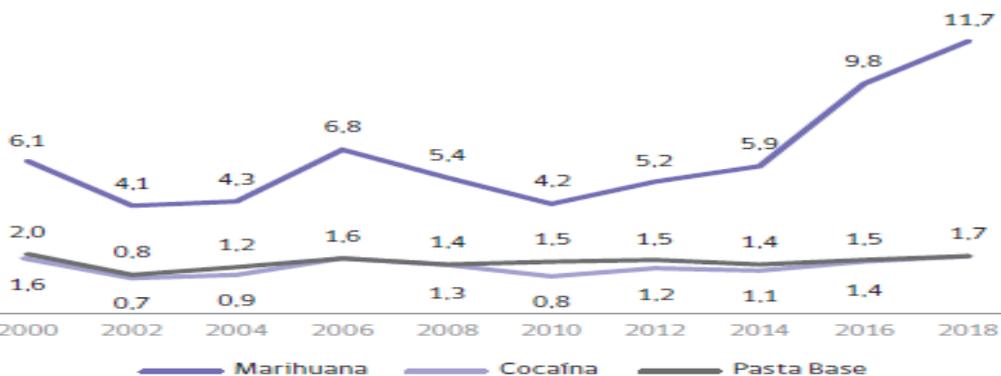
1.2.1: Factores que inciden en el consumo de drogas en adolescentes.

Para una mejor comprensión cabe señalar que si bien se ha distinguido factores de riesgo, de vulnerabilidad y de protección⁶², estos deberán ser entendidos según un criterio funcional, en el sentido que se debe definir el riesgo en relación con el resultado específico. En consecuencia, una misma causa según el resultado puede actuar como factor de riesgo, ser neutral, o incluso ser un factor de protección⁶³.

Se hace hincapié en lo anterior debido a que a los estudios realizados por SENDA en los años 2017 y 2018 vuelven a confirmar la importancia que implica la familia y el entorno en los adolescentes, toda vez que pueden influir sobre estos ya sea como factores de riesgo o como factores de protección⁶⁴.

En este sentido, el aumento del porcentaje que declara que existe consumo de drogas en su hogar podría explicar también el cambio de percepción sobre los riesgos que se tiene respecto de la marihuana en particular, lo que se ha traducido en un acentuado aumento en el consumo de esta, algo que no ocurre respecto de otras drogas ilícitas (ver gráfico 4), e inclusive el uso de cannabis supera al consumo de algunas drogas lícitas (ver gráfico 5).

Evolución de porcentaje que declara consumo de drogas en el hogar. Chile, 2000-2018.



• G
ráfi
co
N°3
:

Fue
nte:

⁶¹ Ibid

⁶² Se

en el desarrollo” (p. ej. Precocidad en el uso de estupefacientes). Los “factores de vulnerabilidad” en cambios son tales porque “en sí mismos no suponen una amenaza para el desarrollo” (p. ej. la adolescencia, que ya fue tratada en el apartado 1.1). Finalmente, serán factores protectores aquellos que “disminuyen la probabilidad de disfunciones en el desarrollo cuando se esté en presencia de factores de riesgo”. FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), pp. 17-19.

⁶³ Ibid, p. 17.

⁶⁴ “Los estudiantes que reportan que sus padres poseen conductas vinculadas a la prevención del consumo de drogas tienen prevalencias de consumo de marihuana y cocaína total más baja que aquellos que declaran que sus padres no las tienen” SENDA (2018), p. 45.

Observatorio Chileno de Drogas (2018), *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile*, p. 46.

- **Gráfico N°4:**



Fuente: Observatorio Chileno de Drogas (2017), *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile*, p. 38.

En definitiva, es innegable la influencia que ejercen los contextos sociales en los que se desenvuelve el adolescente en su relación y actitud para/con las drogas. Esto se vuelve aún más evidente si consideramos que el entorno como indicador asociado al consumo de drogas considera, además de la familia, a su grupo de pares⁶⁵ y el barrio en que habita el adolescente⁶⁶.

1.3: Salud mental en adolescentes chilenos sometidos a penas privativas de libertad.

Para referirnos a este grupo en particular cabe distinguirlo de aquella juventud infractora de ley, de los jóvenes infractores en el sistema penal, y los jóvenes infractores que dentro del sistema penal fueron condenados penas privativas de libertad (en adelante, PPL) y son objeto de nuestro estudio. Dicho de otra manera, del 100% de los adolescentes en promedio sólo un 5,3% ingresa a CRC y un 5,5 a CSC, tendencia que se mantiene proporcional según la cantidad de habitantes por región.⁶⁷

⁶⁵ “En relación a la idea de que “la mayoría de los jóvenes fuma marihuana”, se observa un aumento de 40,7% a 64,0% durante la serie de estudios”. SENDA (2018), p. 47.

⁶⁶ “En 2018, la percepción de ocurrencia de “tráfico de drogas” en cuatro veces mayor en el NSE Bajo (48,1%) respecto del NSE Alto (12,2%). Los reportes de “consumo de drogas en lugares públicos” se duplican en sectores bajos respecto al NSE Alto (52,6% frente a 19,8%). La percepción de “balaceras y acciones violentas con armas de fuego” en el NSE bajo es de 33,0% en 2018, mientras en el NSE medio es de 17,3% y en el NSE Alto 6,2%”. SENDA (2019), p. 48.

⁶⁷ SENAME (2012), pp. 20-22.

Luego, si bien es una cantidad minoritaria la de adolescentes infractores condenados a penas privativas de libertad, ello no quita que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en dicha población sea extremadamente alta⁶⁸, algo similar a lo que ocurre en la tendencia internacional⁶⁹.

En el caso chileno, algunos estudios señalan la presencia en un 90% de patologías psiquiátricas en jóvenes condenados a PPL, en comparación a su grupo de control, que presentó un 41%⁷⁰. Esta cifra puede ser aún más alarmante como se demostró el 2004, en la evaluación realizada por la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile en los Centros de Administración Directa de SENAME:

“...donde se evaluó clínicamente a 108 niños, niñas y adolescentes que presentaban las alteraciones conductuales más severas y en los cuales, se confirmó que el 100% de ellos/ ellas presentaban algún tipo de trastorno de salud mental.”⁷¹

A. Condición de prisionización

El mero contacto con el sistema penal siendo adolescente podría considerarse un factor de riesgo para la salud mental y posterior mantención de la conducta delictiva⁷². De esta manera, se vuelve fundamental realizar un seguimiento (además del monitoreo inicial) de quienes ingresan al sistema de ejecución de penas privativas de libertad, para identificar

⁶⁸ FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), p. 9.

⁶⁹ En Estados Unidos, “*The Northwestern Juvenile Project*”, un estudio realizado en 1.829 jóvenes infractores condenados en un Centro de Detención de Illinois concluyó que casi 2/3 de los hombres y 3/4 de las mujeres cumplían con los criterios diagnósticos para uno o más trastornos psiquiátricos. En Reino Unido, se ha demostrado que los jóvenes sujetos al Sistema de Justicia Juvenil tienen una prevalencia 3 veces mayor de problemas de salud mental. Ibid, pp. 20-22.

⁷⁰ RIOSECO et al (2009), apud FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), p. 23.

⁷¹ SENAME (2007), p. 12. Véase: FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), p. 25;

⁷² “*Delinquency and comorbidity is a complex issue given the overlap of symptoms from mental disorders and delinquency, and the potential contribution of detention and confinement to mental disorders resulting in elevated rates*”. HAEGARICH y TOLAN (2011) en: Oxford (2011), p. 134

contribución relativa de los efectos de la prisionización⁷³ en la génesis y mantención de trastornos psiquiátricos⁷⁴.

En virtud de lo anterior, se debe entender a la prisión más allá de la mera exclusión del *sistema social mayor*, sino que debe concebirse como lo que realmente termina siendo en la práctica, o sea una “*vida artificial*” que involucra una *subcultura propia*, e incluso un *compenetrado sistema de valores* para regular la conducta propia, la relación con otros internos y con los guardias. Esto es particularmente perjudicial en adolescentes tanto para su proceso de construcción de identidad, como para su integración social positiva⁷⁵.

1.4: Consumo de drogas en adolescentes chilenos sometidos a penas privativas de libertad.

Tanto la conducta delictiva como el uso de drogas ilegales son actividades reñidas con la ley y se consideran dentro del amplio marco de las conductas socialmente desviadas⁷⁶. De ahí que los estudios realizados hasta la fecha, además de demostrar que el consumo de drogas y la actividad delictiva suelen ser fenómenos asociados⁷⁷, también han permitido detectar el alto uso de drogas por parte de los adolescentes infractores de ley en comparación a la población en general.⁷⁸

⁷³ “Entre los efectos más destacables de la prisionización se encontrarían los siguientes: Un aumento del grado de dependencia de los sujetos encarcelados (...) devaluación de la propia imagen y disminución de la autoestima (...) aumento de los niveles de dogmatismo y autoritarismo de los internos (...) aumento en el nivel de ansiedad de los encarcelados.” FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), p. 28; Véase: “rate of depression in detained and incarcerated samples are difficult to interpret because depression may be an effect of detainment an incarceration itself, rather than delinquency” HAEGARICH y TOLAN (2011) en: Oxford (2011), p. 128.

⁷⁴ “Delinquent youth do suffer from Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Substance Abuse and Substance Dependence, Depression, Post-Traumatic Stress Disorder, and Attention Deficit Hyperactivity Disorder to greater extent than do the general population of youth” HAEGARICH y TOLAN (2011) en: OXFORD (2011), p. 134

⁷⁵ FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), pp. 28-29.

⁷⁶ Ibid, p. 26

⁷⁷ “... un 35% de la muestra consumía desde antes de cometer su primer delito y que si estos consumen previo a cumplir los 12 años tienen mayor probabilidad de cometer más delitos y más violentos(...) siendo este grupo más reincidente y más violento si es que la dependencia es a la cocaína o a la pasta base” FUNDACIÓN SAN CARLOS DE MAIPO (2015), p.3; Véase: “In most research, violent offenders appear to be versatile rather than specialized. They tend to commit many different types of crimes and also show other problems such as heavy drinking, drug use...” FARRINGTON (2011), en OXFORD (2011), p. 151.

⁷⁸ Las prevalencias alguna vez en la vida de consumo de drogas en adolescentes infractores de ley alcanzan cerca del 80% en marihuana y 50% en cocaína; la población escolar del mismo rango de edad (14-19 años) alcanza 20% en marihuana y 7% en cocaína. FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), p.26.

En este sentido, no son sorprendentes las elevadas tasas de uso de sustancias y trastornos mentales presentes en la delincuencia juvenil, e inclusive se ha entendido que existe una relación dinámica entre la delincuencia y el consumo de drogas⁷⁹

El hecho que los adolescentes infractores sujetos a PPL ingresen de antemano con dependencia de sustancias nos muestra que el consumo de drogas como factor de riesgo ya operó instando al adolescente en incurrir en conductas sancionada por ley. Por esta razón se ha insistido en la detección temprana de los casos que presentan dependencia de drogas en las primeras etapas del proceso penal, ya que es algo que influye directamente en el éxito que pueda tener un posible tratamiento de rehabilitación⁸⁰.

Sin embargo, es claro que el consumo de drogas es sólo una pieza dentro de la multicausalidad que caracteriza al fenómeno de la delincuencia juvenil, y que está en una constante relación dinámica con la diversidad de factores de riesgo, los cuales además suelen atraerse entre sí, y cuyo poder amenazante radica precisamente en la acumulación de estos en la vida cotidiana del adolescente.⁸¹

En definitiva, la información expuesta hasta el momento nos señala que, si queremos abordar problemas complejos como la delincuencia juvenil necesariamente requerimos de soluciones integrales que aborden el problema en sus distintas dimensiones. Ahora, lo siguiente será establecer cómo el sistema ejecución de sanciones penales juveniles puede diseñarse de manera tal que actúe como un factor protector (y no de riesgo) para el desistimiento de la conducta delictiva, y en qué medida el sistema de responsabilidad penal juvenil chileno se orienta a dicho fin tanto a nivel legal (capítulo II), como en la práctica efectiva constatada por las Actas de visita de las CISC (capítulo III).

⁷⁹ *"Many delinquent arrests are for substance use or substance use-related behavior. Not surprisingly, rates of substance use and disorder are high in delinquents (...) Thus, substance use an delinquency may have a dynamic relationship, such that engagement in early delinquency starts youth on a trajectory for greater substance use which, in turn, promotes criminal behavior in early adulthood"* HAEGERICH and TOLAN (2011), *en*: Oxford (2011), p.127.

⁸⁰ FUNDACIÓN PAZ CIUDADANA (2006), p.12

⁸¹ Exclusión; vulnerabilidad social; desescolarización; familias disfuncionales; violencia intrafamiliar; ausencia de normas; ausencia de adulto responsable; disponibilidad de drogas; condiciones socioeconómicas precarias; acceso a armas; desorganización social; entre otros. FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), p. 18

Capítulo 2: Estándares normativos nacionales e internacionales en materia de salud mental y consumo de drogas en adolescentes privados de libertad

Antecedentes:

“Los niños se diferencian de los adultos por su desarrollo tanto físico como psicológico. En virtud de esas diferencias, se les reconoce una menor culpabilidad y se les aplica un sistema distinto con un enfoque diferenciado e individualizado”⁸²

Como adelantábamos en la introducción, desde la entrada en vigencia el año 2007 de la Ley N°20.084 sobre Responsabilidad Penal Adolescente que se ha buscado en Chile instaurar un modelo de responsabilidad penal diferenciado del sistema de adultos, cuya especialidad se debe caracterizar en enfoque socioeducativo orientado a la responsabilización y la reinserción social.⁸³

Este sistema de responsabilidad penal juvenil basado en un principio de especialidad es gran parte resultado del proceso de adecuación legislativa del sistema penal nacional a la Convención de los Derechos del Niño⁸⁴, específicamente sus artículos 37 y 40, pero al año 2007 la doctrina internacional ya contaba con diversos cuerpos normativos que establecían estándares y directrices en materia de delincuencia juvenil⁸⁵ los que sirvieron para reformar la normativa nacional sobre derechos del niño, y en lo que nos interesa, los derechos del niño sujetos a penas privativas de libertad.⁸⁶

En el presente capítulo realizaremos una síntesis de los estándares normativos que se obtienen de las normas nacionales e internacionales en materia de salud mental y tratamiento de drogas en adolescentes privados de libertad, y cómo se han aterrizado

⁸² COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2019), p.2.

⁸³ SENAME (2012), p. 3.

⁸⁴ “La CDN en sus artículos 37 y 40 establece ciertas garantías especiales de los adolescentes como expresión de su derecho a una respuesta penal especial, distinta de los adultos, ante las infracciones penales que cometan. Estos derechos particulares serían...; 3) a especiales garantías durante la ejecución de las sanciones” COUSO (2009) apud BERRIOS (2011), p.166.

⁸⁵ “La normativa internacional sobre derechos del niño está contenida básicamente en la Convención de los Derechos del Niño, en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Protección de Menores Privados de Libertad y en las Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la delincuencia juvenil”. CASTRO, CILLERO Y MERA (2010), p. 234.

⁸⁶ En la terminología establecida por el Comité de los Derechos del Niño, entenderemos por:

“Sistema de justicia juvenil: la legislación, las normas y reglas, los procedimientos, los mecanismos y las disposiciones aplicables específicamente a los niños considerados infractores y a las instituciones y a los órganos creados para ocuparse de ellos.

Privación de libertad: Toda forma de detención o encarcelamiento... que no se le permite salir a voluntad, por orden de cualquier autoridad judicial, administrativa u otra autoridad pública”. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2019), pp. 3-4.

estos estándares en las directrices y orientaciones emitidas por el SENAME como organismo gubernamental centralizado, que a través de su departamento de justicia juvenil se encarga de la protección de adolescentes entre 14 y 18 años ante el sistema judicial.⁸⁷

2.1: Normativa internacional: Convención de los Derechos del Niño, Reglas de la Habana, directrices RIAD, reglas de Beijing y observaciones generales del comité de los Derechos del Niño.

Hace bastante que la doctrina nacional viene distinguiendo estándares normativos mínimos observados en tratados internacionales vigentes y aplicables en Chile en virtud del artículo 5º inc. 2º de nuestra Carta Magna, por lo que dichos estándares rigen en la aplicación y ejecución de sanciones penales en adolescentes.

Castro, Cillero y Mera señalan la necesidad del sistema de justicia criminal de dar un trato digno inherente a la persona humana, y en el caso de los NNA además se debe atender a las características particulares de estos sujetos de derecho, reconocidos a partir la Convención de los Derecho del Niño⁸⁸, lo que en la práctica:

*“...implica el traslado de una visión punitiva y sancionadora de la vulneración de derechos a una visión protectora... que comprende a los NNA en conflicto con la justicia como sujetos vulnerados... los actos delictivos... como resultado de una situación de vulnerabilidad, requiriendo de acciones protectoras de su integridad que apunten a la reparación en su condición de niños”.*⁸⁹

Ya el año 2010 la doctrina recordaba que los dos objetivos esenciales que debe perseguir todo sistema de justicia moderno en la ejecución de sanciones penales es, por un lado, la *eficacia de la sanción penal*, y por otro, el *control de los derechos* de manera tal que exista un reproche efectivo y a la vez acotado a los derechos limitados por la sanción, velando los Estados Parte por sistemas de protección para no afectar las otras garantías fundamentales de los privados de libertad.⁹⁰

⁸⁷ MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, SENAME y SENDA (2018), p. 20.

⁸⁸ CASTRO, CILLERO Y MERA (2010), p. 235

⁸⁹ DE FERRARI (2006), apud FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), p.11.

⁹⁰ Prohibición de la tortura y el trato inhumano o degradante; separación de los adultos; debido proceso (tribunal imparcial, derecho a defensa y sus implicancias); trato humano e infraestructura; derecho a recibir educación; presentar peticiones; confidencialidad; recibir visitas periódicas; poseer pertenencias; descanso nocturno; realizar actividades recreativas; libertad de culto. CASTRO, CILLERO Y MERA (2010). pp. 235-246

De esta manera, dentro de los otros DDFF que deben resguardarse se encuentra el derecho a la salud, reconocido en el artículo 25 N°1 de Declaración Universal de los Derechos Humanos como *derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar*, y en los números 1 y 9 del artículo 19 de nuestra Constitución de 1980 donde, además de reconocerse el *derecho a la protección de la salud*, se establece como deber del Estado velar por el *libre e igualitario acceso a las acciones* relacionadas con la salud, así como su coordinación, control y ejecución *en la forma y condiciones que determine la ley*.

En lo que nos compete, dentro de los estándares observables podemos distinguir:

A. Que en atención a que se trata de personas en pleno desarrollo de su aparato psicológico⁹¹, el derecho a la salud en la ejecución de sanciones penales juveniles implica tener en consideración las necesidades en salud mental y tratamientos de rehabilitación de los NNA sometidos a sanciones privativas de libertad.

a. Convención de los Derechos del Niño.

Artículo 24:

(...) derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Artículo 27 N°1:

(...) derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

Artículo 37, letra c):

Todo niño privado de libertad sea tratado con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y de manera que se tengan en cuenta las necesidades de las personas de su edad.

Artículo 39:

(...) promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño...

b. Directrices RIAD para la prevención de la delincuencia juvenil.

I. Principios fundamentales, número 5 letra e):

⁹¹ “(...) es una etapa singular de definición del desarrollo humana, caracterizada por un rápido desarrollo del cerebro, lo que afecta la asunción de riesgos, a ciertos tipos de toma de decisiones y a la capacidad de controlar los impulsos”. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2019), p. 7.

(...) reconocimiento del hecho de que el comportamiento o la conducta de los jóvenes que no se ajustan a los valores y normas generales de la sociedad son con frecuencia parte del proceso de maduración y crecimiento...

- c. Reglas de la Habana para la protección de los menores privados de libertad.
 - 1. El sistema de justicia de menores deberá (...) fomentar su bienestar físico y mental.
 - 28. El criterio principal para separar a los diversos grupos de menores privados de libertad deberá ser la prestación del tipo de asistencia que mejor se adapte... a la protección de su bienestar e integridad física, mental y moral.
 - 49. Todo menor deberá recibir atención médica adecuada tanto preventiva como correctiva, incluida atención... de salud mental.

- d. Reglas de Beijing.
 - 13.5 (...) toda la asistencia –social, educacional, profesional, psicológica, médica y física—que requieran, habida cuenta de su edad, sexo y características individuales.⁹²
 - 26.2 Los menores confinados en establecimientos penitenciarios recibirán los cuidados, la protección y toda la asistencia necesaria -- social, educacional, profesional, psicológica, médica y física -- que puedan requerir debido a su edad, sexo y personalidad y en interés de su desarrollo sano.

B. Que, en contextos de privación de libertad, el derecho a la salud se tutela asegurando en cantidad y en calidad, el acceso a atención y revisión médica por profesionales capacitados sujetos a procedimientos establecidos por ley y sometidos a supervisión.

- a. Convención de los Derechos del Niño.
 - Artículo 3, número 3:
Los Estados Parte se asegurarán de que las instituciones... encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de... sanidad, número y

⁹² Sobre la prisión preventiva en niños, niñas y adolescentes, véase también los artículos 9, y 10 párr. 2 inc. b y párr. 3 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Artículo 25:

(...) derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

b. Directrices RIAD para la prevención de la delincuencia juvenil.

45. Los organismos gubernamentales deberán asignar elevada prioridad a los planes y programas dedicados a los jóvenes y suministrar suficientes fondos y recursos de otro tipo para prestar servicios eficaces, proporcionar las instalaciones y el personal para brindar servicios adecuados de atención médica, salud mental... en particular de prevención y tratamiento del uso indebido de drogas y alcohol, y cerciorarse de que esos recursos lleguen a los jóvenes y redunden realmente en beneficio de ellos.

c. Reglas de la Habana para la protección de los menores privados de libertad.

21. e) Detalles acerca de los problemas de salud física y mental, incluido el uso indebido de drogas y de alcohol.

27. Una vez admitido un menor, será entrevistado lo antes posible y se preparará un informe psicológico y social en el que consten los datos pertinentes al tipo y nivel concretos de tratamiento y programa que requiera el menor.

50. (...) derecho a ser examinado por un médico inmediatamente después de su ingreso en un centro de menores, con objeto de hacer constar... cualquier estado físico o mental que requiera atención médica.

51. Todo centro de detención de menores deberá tener acceso inmediato a instalaciones y equipo médicos adecuados que guarden relación con el número y las necesidades de sus residentes, así como personal capacitado en atención sanitaria preventiva y en tratamiento de urgencias médicas.

54. Los centros de detención de menores deberán organizar programas de prevención del uso indebido de drogas y de rehabilitación administrados por personal calificado.

55. Sólo se administrarán medicamentos para un tratamiento necesario o por razones médicas y, cuando se pueda, después de obtener el consentimiento del menor debidamente informado... La administración de cualquier fármaco deberá ser siempre autorizada y efectuada por personal médico calificado

67. Estarán estrictamente prohibidas todas las medidas disciplinarias... así como cualquier otra sanción que pueda poner en peligro la salud física o mental del menor

d. Reglas de Beijing.

22.2 El personal encargado de administrar la justicia de menores responderá a las diversas características de los menores que entran en contacto con dicho sistema.

C. Que, junto con otorgar acceso igualitario a atención médica, para que el tratamiento en salud mental y rehabilitación de drogas sea efectivo los Estados Parte deben generar una política pública comprensiva de la vida del adolescente infractor más allá de su estancia en el centro penitenciario⁹³.

a. Directrices de RIAD para la prevención de la delincuencia juvenil.

12. La sociedad tiene la obligación de ayudar a la familia a cuidar y proteger al niño y asegurar su bienestar físico y mental.

25. Deberá prestarse especial atención a la adopción de políticas y estrategias generales de prevención del uso indebido, por los jóvenes, del alcohol, las drogas y otras sustancias.

35. Se organizarán diversos servicios y sistemas de ayuda para hacer frente a las dificultades que experimentan los jóvenes al pasar a la edad adulta. (...) deberán figurar programas especiales para los jóvenes toxicómanos en los que se dé máxima importancia a los cuidados, el asesoramiento, la asistencia y a las medidas de carácter terapéutico.

Teniendo en cuenta el giro copernicano que involucró la Convención de los Derechos del Niño hacia una justicia restaurativa en los sistemas penales juveniles, la Comisión de los

⁹³ Promover la integración en una política nacional y amplia de justicia de menores de otras normas internacionales, en particular las Reglas de Beijing, las Reglas de La Habana y la Directrices de RIAD. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2007), p. 4.

Derechos del Niño hacia el año 2019 ya tenía por demostrado que el mero contacto con el sistema de justicia penal perjudica a los NNA, por lo que las medidas que se adopten como respuesta a los delitos actualmente no solo deben considerar las circunstancias y gravedad del hecho delictivo, sino que también las circunstancias personales del adolescentes, incluyéndose la salud mental de ser procedente.⁹⁴

2.2: Normativa nacional: Salud mental y tratamiento de drogas en la ley 20.084 en su reglamento.

Sin perjuicio de los tratados internacionales ratificados por el Estado de Chile, este ha entendido el Derecho a la Salud como un Derecho Social⁹⁵, cuya Constitución de la República en su artículo 19 N°9 establece para el Estado el deber de garantizar el acceso, coordinación, promoción y protección de las acciones relacionadas con la salud, que en la práctica a motivado iniciativas legales y política naciones que buscan fomentar el derecho al desarrollo físico, espiritual, moral y social en la niñez y en la adolescencia.⁹⁶

Siendo Chile Estado Parte de la Convención de los Derechos del Niño, en virtud del artículo 5° de nuestra Constitución hubo que dar cumplimiento a los artículos 37 y 40 de aquella, esto conlleva a la promulgación de la Ley N°20.084 y su reglamento, que consagran un sistema de responsabilidad para adolescentes por infracciones a la ley penal, basándose en un modelo de justicia especializado en virtud del artículo 29 de la Ley N°20.084.

En estos cuerpos legales, la salud mental se ha estipulado como criterio a tener en cuenta en la imposición de sanciones y que prohíbe la aplicación de la medida de separación del grupo (artículo 75 inc. 3° Reglamento de la Ley N°20.084). Los estándares internacionales dispuestos en materias de salud mental y tratamiento de drogas en sanciones privativas de libertad se aterrizan mediante programas de reinserción social y el diseño de un “plan de intervención individual”, el cual debe cumplir determinados requisitos detallados en el Reglamento de la Ley N°20.084.

De esta manera, toda sanción además debe contemplar medidas que promuevan el desarrollo personal del adolescente en base a una intervención socioeducativa amplia, como señala el artículo 23 Ley N°20.084. En definitiva, en el marco de una privación de libertad, la tutela del derecho a la salud y la integridad e intimidad personal de

⁹⁴ COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2019), pp. 2-14.

⁹⁵ MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, SENAME y SENDA (2018), p. 6.

⁹⁶ CONSEJO NACIONAL DE LA INFANCIA (2016), p. 65.

adolescentes infractores⁹⁷, además prohibir sanciones que pongan en peligro su salud física o mental, se plantea mediante un “**plan de intervención individual**”, el cual debe ser diseñado y ejecutado por **personal especializado**, y sometido a **revisión periódica**:

Ley de Responsabilidad Penal Adolescente:

Artículo 13 inc. 2º: sobre libertad asistida

“(…) el delegado propondrá al tribunal un plan personalizado de cumplimiento de actividades periódicas en programas o servicios de carácter educativo, socio educativo, de terapia, de promoción y protección de sus derechos y de participación.”

Artículo 14: sobre libertad asistida especial

“... posibilidad de acceder a programas de tratamiento y rehabilitación de drogas en centros previamente acreditados por los organismos competentes...”

Artículo 18 inc. 2º: sobre internación en régimen cerrado

“(…) deberá asegurar el tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas para quienes lo requieran y accedan a ello.”

Reglamento de la Ley N°20.084:

Cuyo título II regula lo relativo al tratamiento de rehabilitación por adicción a las drogas y alcohol, el cual debe cumplir con otorgar atención clínica que implique un abordaje biopsicosocial (artículo 25) mediante un equipo clínico especializado (artículo 26), exigiéndose que sea el mismo equipo clínico el que realice el tratamiento antidrogas y la terapia en salud mental (artículo 25 inc. 3º), sin perjuicio de la organización que deba realizarse entre los servicios que brinden atención en el medio libre y sean parte de la red de prestadores acreditados (artículo 28) en virtud de la Ley N°20.032.

Se diseña un abordaje biopsicosocial en el “plan de intervención individual”, regulado en el artículo 31, el cual debe contar con objetivos terapéuticos, metas y plazos definidos detallados en el contrato terapéutico consentido con el adolescente o su adulto responsable. El desarrollo de este plan debe responder a procedimientos preestablecidos que identifiquen las áreas problemáticas a intervenir, siempre dejando registro en una ficha clínica de toda acción clínica-terapéutica realizada, sin perjuicio de los informes periódicos que deba emitir el

⁹⁷ Ley N°20.084, Título III, Párrafo 2, Artículo 49, letra e) número ii).

equipo clínico al juez y del posterior plan de seguimiento no inferior a un año desde el egreso.

La supervisión del efectivo cumplimiento y desarrollo de los objetivos terapéuticos estipulados en dichos planes de intervención, se realiza mediante la unidad técnica que debe existir al interior de cada centro según disponen los artículos 62 y 63 del Reglamento de la Ley N°20.084. Lo anterior es sin perjuicio del control jurisdiccional realizado por el juez y el control no jurisdiccional que realicen las comisiones interinstitucionales de supervisión, según disponen los artículos 32 y el párrafo 7 del título V del mismo reglamento anteriormente aludido.

2.3: Normativa administrativa: SENAME Orientaciones técnicas en materia de salud mental y tratamiento de drogas en los CIP-CRC del periodo 2007 a 2018.

El artículo 43 de la Ley N°20.084⁹⁸ establece que *corresponderá siempre y en forma directa* la administración de Centros Cerrados de Privación de Libertad y Centros de Internación Provisoria⁹⁹ al Servicio Nacional de Menores¹⁰⁰, el que si bien dirige su acción a toda persona menor de 18 años vulnerada en sus derechos, en lo que nos compete, diseña y ejecuta las prestaciones que manda la Ley N°20.084 a través de su departamento de Justicia Juvenil, quien se enfoca de la protección y promoción de los derechos de niños, niñas y adolescentes entre 14 y 18 años ante el sistema judicial y penitenciario, que el artículo 3° de la Ley N°20.084 entiende como “adolescentes”.

Paralelamente el artículo 19 del Reglamento de la Ley N°20.084 establece que para el mejor funcionamiento de los centros y programas que buscan el cumplimiento de los objetivos planteados artículo 20 de la Ley N°20.084, el SENAME deberá publicar

⁹⁸ Dentro del cual se distinguen centros Semicerrados, Cerrados y de Internación Provisoria, encargando la administración exclusiva de los 2 últimos al SENAME, sin perjuicio de su facultad de realizar convenios con organismos colaboradores (en virtud de la Ley N°20.032) y de servirse de la guardia armada externa a cargo de Gendarmería de Chile.

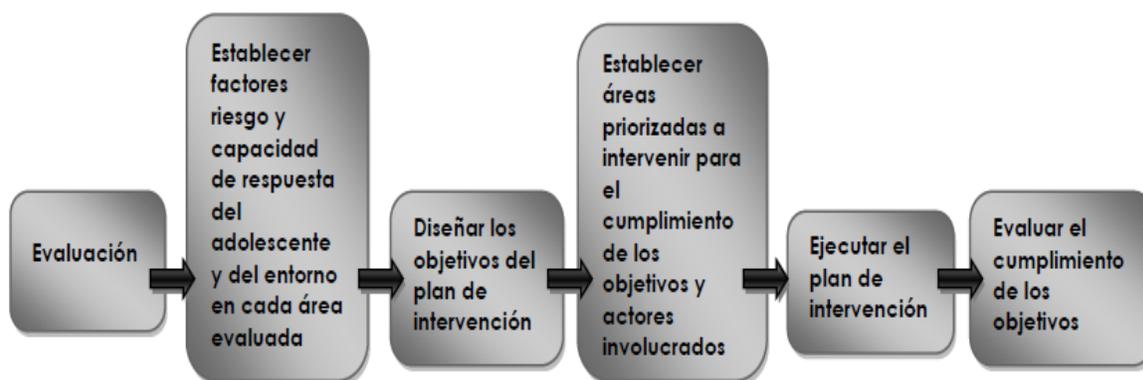
⁹⁹ Ver nota 1.

¹⁰⁰ “(...) organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Se encarga de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y de jóvenes entre 14 y 18 años ante el sistema judicial. Además, se ocupa de regular y controlar el proceso de adopción en Chile. Fue creado por el Decreto de Ley N°2.465 de 1979, y en la actualidad su misión es “contribuir a la promoción, protección y restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes vulnerados/as, así como a la responsabilización y reinserción social de los adolescentes infractores/as de Ley, a través de programas ejecutados directamente o por organismos colaboradores del Servicio” MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, SENAME y SENDA (2018), p.20.

anualmente “orientaciones técnicas” que contengan los lineamientos generales para que la sanción forme parte de una intervención socioeducativa amplia.

De esta manera, ya hacia el año 2011 las orientaciones técnicas disponían del siguiente flujograma para el diseño del Plan de Intervención Individual, en base al cual se identifican y abordan las necesidades en Salud Mental y Tratamientos de Drogas en adolescentes infractores sometidos a PPL en CIP o CRC:

- **Gráfico N°5:**



Fuente: SENAME Orientaciones técnicas CRC 2011 p. 12

Con el ingreso del adolescente infractor se comienza a contabilizar los 15 días para la elaboración del respectivo “plan de intervención individual”, el cual debe ser diseñado, ejecutado y evaluado por un equipo compuesto por un funcionario, un educador de trato directo y un profesional asesor, quienes deberán detallar objetivos de trabajo para al menos 6 meses siguientes al ingreso, todo ello en conformidad con las orientaciones técnicas del SENAME según señala el artículo 122 del Reglamento de la Ley N°20.084.

El modelo de intervención adoptado en Chile se basa fundamentalmente en un enfoque ecosistémico en base al cual se ordena la diversidad de factores de riesgo y protectores identificados en los diferentes niveles de intervención¹⁰¹

¹⁰¹“(…) el modelo Ecológico goza de una amplia aceptación en el desarrollo de políticas de intervención relacionado con el abordaje de problemáticas sociales. Esto se deriva de que ningún modelo, desde los individuales hasta los socio-culturales, pueden explicar por sí solos la complejidad del entramado social”; BRONFENBRENNER (1987), apud SENAME (2009), p. 19; Véase: “(…) se construye sobre la base de una comprensión sistémica de la realidad y que implica, una intervención contextualizada que integra para la comprensión del fenómeno la mayor diversidad posible de factores incidentes... la mirada que proporciona el enfoque ecosistémico permite

A. Enfoque ecosistémico: integral e integrado.

Hace bastante que los estudios realizados en materia de salud mental y consumo problemático de drogas en adolescentes privados de libertad concuerdan respecto a la complejidad de la muestra analizada, debido a la multiplicidad de factores que intervienen en la etiología de la delincuencia juvenil¹⁰², si además tenemos en cuenta que la pena privativa de libertad debe ser de última ratio y por el menor tiempo posible, se vuelve ineficiente desarrollar actividades dentro del contexto de privación de libertad que busquen metas a largo plazo como lograr un cambio la conducta del infractor. En consecuencia, se ha optado por priorizar la contención más que la reintegración en la privación de libertad, ello sin perjuicio del plan de actividades individual que por ley se deba elaborar y que por disposición de la autoridad administrativa deberá abordar de forma *integral* las distintas necesidades del/la adolescente¹⁰³, y de forma *integrada* ya que debe operar dentro de un marco de acompañamiento permanente donde participan también los distintos servicios y órganos acreditados de la red de colaboradores del SENAME regulada en la Ley N°20.032.

B. Factores de riesgo y factores de protección.

Se entenderá por factor de riesgo toda circunstancia ambiental o personal de carácter negativo que incrementen la probabilidad de que las personas externalicen conductas de riesgo (como sería el comportamiento delictual y el consumo de drogas), y por contraparte, serán factores protectores aquellos que puedan amortiguar los efectos negativos de los factores de riesgo.¹⁰⁴

En este proceso de identificación de factores de riesgo, la atención de las necesidades en Salud Mental y en Tratamiento de Drogas encuentra una nueva limitación en toda vez que la misma ejecución de sanciones penales privativas de libertad y el aislamiento en centros penitenciarios involucra un impacto negativo en el proceso de desarrollo psicosocial de los adolescentes, así como en la vinculación con sus redes sociales y familiares, acentuando

ordenar los factores de riesgo, necesidades y capacidad de respuesta en los diferentes niveles de intervención". SENAME (2011), p. 8.

¹⁰² HERRERO y LEÓN, 2006; RIOSECO et al, 2009.

¹⁰³ "(...) se requiere contar con un plan de actividades que aborde, en el/la adolescente, las necesidades de contención, información acerca de su proceso penal, uso del tiempo libre y recreación prosocial, educación, apoyo familiar, asistencia en salud física y mental y capacitación laboral" SENAME (2011), p.6.

¹⁰⁴ SENAME (2011), pp. 7-8.

el riesgo de mayor vulnerabilidad para sí mismo/a¹⁰⁵. De esta manera, la autoridad administrativa ya ha recogido la evidencia científica que señala que la forma más eficiente y efectiva de abordar los problemas de salud mental en la población adolescente es aquella de tipo ambulatorio/comunitario, con acciones cercanas a los lugares de residencia de las personas, evitando el desarraigo social y familiar.¹⁰⁶

En consecuencia, las dificultades propias que implica atender necesidades de Salud Mental en una población doblemente vulnerable como son los adolescentes infractores en contextos de privación de libertad, se traduce en la identificación de “Situaciones de Alto Riesgo”¹⁰⁷ que puedan agudizar los factores de riesgo, situaciones que son tratadas mediante el diseño y socialización de protocolos para el abordaje tanto de emergencia como preventivo, como lo ejemplifica la publicación del año 2019 relativa al establecimiento de un “Procedimiento de Prevención del Suicidio en Centros y Programas de Justicia Juvenil”¹⁰⁸.

Finalmente, a modo de síntesis podemos señalar que el sistema normativo que rige en materia de salud mental y tratamiento de drogas en adolescentes infractores privados de libertad se compone de la siguiente manera:

1. Bienes jurídicos protegidos:
 - a. Salud¹⁰⁹
 - b. Integridad y desarrollo de los adolescentes.¹¹⁰
2. Principios y estándares:
 - a. Finalidad: terapia dirigida a la reintegración social del infractor en el medio libre.

¹⁰⁵ SENAME (2011), p.6.

¹⁰⁶ SENAME (2007), <OT para atención de NNA...> p.20

¹⁰⁷ “Equipos de intervención en centros privativos de libertad han evidenciado situaciones en las cuales los/las jóvenes suelen mostrar inestabilidad a su estado de ánimo especialmente en aquellas situaciones a asociadas a los tiempos judiciales (ejemplo: fechas cercanas a la audiencia).” SENAME (2019), p. 19.

¹⁰⁸ “la tarea en la elaboración del protocolo de Prevención del Suicidio es identificar las acciones y precisar las responsabilidades para abordar la promoción de salud mental y el riesgo suicida en forma preventiva y ante la eventualidad de una emergencia” SENAME (2019), p. 21.

¹⁰⁹ “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” ver nota 2.

¹¹⁰ En atención a la etapa de desarrollo en la que se encuentra el sujeto, que en contextos de privación de libertad se hace patente su necesidad de atención psicológica, y así lo establece el artículo 37 c) de la CDN, el que debe armonizarse con los artículos 5, 7, 8 y 19 de la Convención Americana de los Derechos Humanos. NOGUEIRA (2016), en: Revista Ius et Praxis (2017), p.427.

- b. Especialidad: si bien se dispone de protocolos y procedimientos estandarizados, se debe desarrollar un abordaje especializado que comprenda la características individuales de cada caso.
3. Derechos de los titulares: adolescentes infractores bajo privación de libertad.
- a. Derecho de acceso a terapia en salud mental y a tratamiento de drogas, mediante un equipo clínico especializado.
 - b. Derecho a que no se le impongan sanciones crueles, humillantes o degradantes que pongan en peligro su salud física o mental, lo que incluiría, por ejemplo: derecho a permanecer separado de los adultos y a mantener contacto con la familia.
4. Obligaciones de los responsables: Estado a través de SENAME y organismos colaboradores.
- a. Obligación de contar con procedimientos de pesquisa e intervención oportuna respecto de situaciones en salud mental¹¹¹.
 - b. Obligación de desarrollar, aplicar y hacer seguimiento de un “Plan de Intervención Individual” que implique un abordaje biopsicosocial en salud mental y tratamiento de drogas, según las necesidades diagnosticadas en cada caso.
 - c. Obligación de organizar y coordinar la prestaciones en salud otorgada por los servicios en el medio libre, los que deberán cumplir con los requisitos para ser parte de la red de prestadores acreditados.

¹¹¹ FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA (2012), p.9

Capítulo 3: Revisión y exposición de la oferta desplegada por los CIP-CRC entre el periodo 2007-2018, en materia de salud mental y tratamiento de drogas para adolescentes privados de libertad

- a. Instrumento de evaluación de condiciones carcelarias: Actas de las visitas de las Comisiones Interinstitucional de Supervisión de Centros Privativos de Libertad (CISC).

Inspiradas en la protección reforzada que debe darse a adolescentes infractores privados de libertad, las visitas realizadas por las Comisiones Interinstitucionales de Supervisión de Centros Privativos de Libertad (CISC), son un mecanismo de control no jurisdiccional para la evaluación de las condiciones carcelarias de los centros privativos de libertad presentes en cada región del país. Dicho control se realiza mediante el levantamiento semestral de “Actas de Visita”, que actualmente¹¹² contiene una pauta guía con 10 factores¹¹³ destinados a cotejar las condiciones operativas de la ejecución tanto de la medida cautelar de internación provisoria (en adelante, CIP), así como las sanciones privativas de libertad aplicadas a adolescentes infractores de ley, lo que incluye la internación tanto Centros de Régimen Cerrado (en adelante, CRC). Lo anterior también es aplicado en Centros Semi-Cerrados, y en Secciones Juveniles, pero dichos recintos no son parte de este estudio.

Estas comisiones son reguladas en el párrafo 7 del Reglamento de la Ley 20.084, el cual comprende los artículos 90 y 91, que versan respectivamente sobre su composición¹¹⁴ y atribuciones¹¹⁵, disposiciones que se hacen aplicables a las Secciones Juveniles en virtud del artículo 159 del mismo cuerpo legal.

¹¹² La estructura de las actas y las preguntas contenidas varían de un año a otro, no existe completa uniformidad en los aspectos evaluados entre los años 2007-2018.

¹¹³ Población y capacidad; Personal y dotación; Infraestructura y equipamiento; Seguridad; Disciplina, reglamento y convivencia; Salud; Educación, capacitación, deporte y recreación; Alimentación; Tratamiento de drogas; Visitas.

¹¹⁴ Son 8 los comisionados que integrarán las CISC; En su inciso 2º se señala al Secretario Regional Ministerial de justicia (como coordinador), un representante de los colaboradores acreditados que trabajen en el área de infractores de ley, un representante de instituciones de la sociedad civil que trabajen en infancia o juventud, un representante del mundo académico, y un representante de la Defensoría Penal Pública. Sumado a lo anterior, su inciso 3º suma a un representante del Poder Judicial, un representante del Ministerio Público, y un representante de la UNICEF.

¹¹⁵ Se señala como función de la comisión el visitar los centros teniendo a la vista los derechos de los adolescentes, para lo cual le atribuyen facultades de: solicitar informes, realizar recomendaciones, y enviar su informe con propuestas al Ministerio de Justicia.

Para saber cómo se ha avanzado en el cumplimiento de los estándares nacionales e internacionales en materia de salud mental y tratamiento de drogas en adolescentes infractores privados de libertad bajo el régimen de la ley 20.084, nos serviremos de las visitas realizadas por las CISC entre los años 2007 al 2018.

En particular analizaremos las primeras Actas de Visitas semestrales realizadas en los años 2007 a 2008, luego las del periodo 2012-2013, y su última versión publicada el año 2018. Aquello con el objetivo de realizar un símil entre dichos periodos y constatar cómo ha evolucionado la oferta en salud mental y tratamiento de drogas en la primera década de implementación de las CISC.

b. Criterios y metodología.

El presente estudio tuvo a las Actas de Visita levantadas en los distintos centros CIP y CRC a lo largo 15 regiones de Chile, específicamente en los años 2007, 2008, 2012, 2013, 2018. En suma, nuestra muestra se compone de 153 Actas de Visita; instrumentos de evaluación en base a los cuales recopilaremos la información referida a los aspectos “tratamiento de drogas”, y “salud mental”.

Para evaluar condiciones referidas a los dos aspectos objeto de nuestro estudio, realizamos una selección de los tópicos que consideramos esenciales evaluados en las actas CISC, en cuanto a Salud Mental y Tratamiento de droga, dichos tópicos serán medidos a nivel regional¹¹⁶:

I. Salud mental

- 1) Dependencias de salud de los centros CIP-CRC cuentan o no con la autorización del respectivo Seremi de Salud.¹¹⁷
- 2) Presencia de profesionales capacitados en materias de salud mental¹¹⁸.
- 3) Realización de controles médicos que evalúen salud mental.¹¹⁹
- 4) Registro de intentos de suicidios.

¹¹⁶ En el caso de la Región Metropolitana, donde hay más de un centro CIP-CRC, para que haya cumplimiento a nivel regional todos los centros deberán satisfacer el criterio respectivo.

¹¹⁷ Este es uno de los pocos aspectos que han sido evaluados desde las primeras versiones de las CISC, hasta su última realización el 2018.

¹¹⁸ Presencia de funcionarios de atención permanente o con la periodicidad suficiente para no depender de la red de salud externa, los cuales deberán contar con conocimiento acreditado en salud mental ya sea mediante un grado universitario de psicología y/o psiquiatría, o mediante la capacitación de los funcionarios de salud en materias específicas de salud mental adolescente.

¹¹⁹ Dichos controles además deben ser ejecutados por funcionarios capacitados para realizar una adecuada pesquisa psicopatológica.

- 5) Uso de psicofármacos en los internos.
 - 6) Control y resguardo en la prescripción de psicofármacos.¹²⁰
- II. Tratamiento de drogas
- 1) Presencia de funcionarios y/o dispositivos de drogas que permitan un abordaje multidisciplinario del consumo problemático de sustancias.¹²¹
 - 2) Presencia de internos con consumo problemático de drogas y/o alcohol en el CIP-CRC.

3.1: Descripción de la oferta en salud mental y tratamiento de drogas desplegadas por los CIP-CRC entre los años 2007-2008, 2012-2013, y 2018.

A. Periodo 2007-2008 o *etapa formativa*

Por etapa formativa nos referimos a las primeras versiones de las CISC, y de las actas que utilizaban como instrumento de medición. Hasta el año 2009 inclusive, estas carecían de una estructura fija y con criterios definidos de manera tal que se observe uniformidad en la aplicación de dichas actas en cada región del país.

Esto se traduce en actas donde abundan los espacios en blanco o incluso casos donde no existe registro de que se hayan realizado visitas en estas regiones (como el caso de Antofagasta, que no registra visitas el 2007, situación que se repite el 2008 en las regiones de Antofagasta y Metropolitana).

Por otro lado, al menos en el primer trienio de realización de estas visitas, tampoco se aprecia uniformidad en la estructura o esqueleto de las actas, las cuales si bien en general se pueden observar tres fuentes de información¹²², su aplicación en particular es heterogénea: en algunas regiones sólo se deja de constancia de la información cuantitativa sin dejar registro de las entrevistas ni de las observaciones generales de los comisionados (Coquimbo 2007; Antofagasta 2008), y viceversa, actas en donde sólo

¹²⁰ Si existen mecanismos adecuados que logren verificar la ingesta adecuada de los fármacos, y así mismo impida el acopio de los fármacos no ingeridos para su comercialización o uso como droga.

¹²¹ Ya sean dispositivos de drogas otorgados por SENDA (Ex CONACE), o especialistas y/o equipos multidisciplinarios suministrados por fundaciones concesionadas que trabajan dentro del centro, de manera tal que logren generar una cobertura de al menos un 75% de los internos que lo requieran.

¹²² Información cuantitativa obtenida del registro u observación de la visita, que se dispone mediante tablas con datos cuantitativos segmentados por área evaluada (Infraestructura; Seguridad; Salud; etc.). También se obtiene información de las entrevistas aleatorias realizadas con internos que consientan en ello. Además, en base a lo observado, se plasman observaciones generales de los comisionados referente a los principales problemas del centro y sus respectivas recomendaciones.

constan los comentarios de los comisionados, pero sin la disposición de tablas segmentadas por área que registren información cuantitativa observada del centro (O'Higgins 2007 y 2008; Maule 2007; Los Ríos 2008).

Lo anterior en alguna medida explica que en el cuadro nro. 1 exista más de un tercio de información "no registrada" (40%), dicha omisión de información asciende a un 46.6% en el caso de "intentos de suicidio y/o autoagresiones", lo que podría ser particularmente grave si tenemos en cuenta que el otro 62.5% de los centros que contaban con esta información, efectivamente registraron esta clase de episodios. Por otro lado, de la información disponible damos cuenta que, hasta el 2008, en ningún centro CIP CRC de Chile se realizaban controles médicos que comprendieran aspectos de salud mental y/o pesquisa psicopatológica.

Cuadro N°1: Salud mental en CIP-CRC 2007-2008

Regiones	Existencia de dependencias de salud con autorización del Seremi de Salud	Profesionales capacitados en salud mental.	Realización de controles médicos.	Intentos de suicidio y/o autoagresiones registradas	Uso de psicofármacos en los internos.	Existencia de un sistema de control y resguardo en la prescripción de medicamentos.
Arica y Parinacota	No se registra	Si	No se registra	No se registra	No se registra	No se registra
Tarapacá	No se registra	Si	No	Si	Si	No
Antofagasta	No	No se registra	No	No se registra	No se registra	No se registra
Atacama	Si	Si	No se registra	Si	No se registra	No se registra
Coquimbo	No se registra	Si	No se registra	Si	No se registra	No se registra
Valparaíso	No	No	No	Si	Si	No
Metropolitana:	No se registra	Si	No se registra	No se registra	No se registra	No se registra
O'Higgins	No	No	No	No se registra	Si	No
Maule	No	No	No	No se registra	No se registra	No se registra
Biobío	No	Si	No	No se registra	Si	No
Araucanía	No	No	No	No se registra	SI	No
Los Lagos	No	No	No	No se registra	No se registra	No se registra

Aysén	Si	Si	No	Si	Si	No
Magallanes	No	Si	No se registra	Si	No se registra	No se registra
Los Ríos	No	No	No	Si	No se registra	No se registra

Fuente: elaboración propia a partir del registro que consignan las actas de las CISC para los años 2007-2008

A continuación, el cuadro nro. 2 además de confirmar la carencia de información que caracteriza a este periodo inicial, observándose información que no hay registro de información en un 46.6% en los factores; Este cuadro además nos muestra que en el registro de internos que ingresan con consumo problemático de sustancias, ocurre algo similar a lo que observado en el cuadro nro.1 respecto al registro de intentos de suicidio, en el sentido que en un 60% de las regiones no se observa que exista un registro de si existen problemas de consumo de sustancias entre los internos, y menos aún hay información relativa a la cantidad de internos que requerirían de tratamiento de drogas.

Cuadro N°2: Tratamiento de drogas en CIP-CRC 2007-2008.

Regiones	Presencia y cobertura de funcionarios y/o dispositivos de tratamiento de drogas.	Presencia de internos con consumo problemático de drogas y/o alcohol en el CIP-CRC.
Arica y Parinacota	No se registra	No se registra
Tarapacá	No se registra	No se registra
Antofagasta	No	No se registra
Atacama	Si	Si
Coquimbo	No se registra	No se registra
Valparaíso	No	No se registra
Metropolitana:	Si	Si
O'Higgins	Si	Si
Maule	No	No se registra
Biobío	Si	Si
Araucanía	No	Si
Los Lagos	No	No se registra
Aysén	No se registra	No se registra

Magallanes	No se registra	No se registra
Los Ríos	Si	Si

Fuente: elaboración propia a partir del registro que consignan las actas de las CISC para los años 2007-2008

En definitiva, la falta de información que caracteriza a este periodo puede atribuirse a dos razones. Primero, las múltiples estructuras observadas en las actas CISC hasta el 2009 son arquetipos desarrollados en este proceso de implementación de las CISC, cuyas actas aun no tenía bien definido qué aspectos evaluar y cómo los iban a evaluar (ver nota 11), lo anterior es un obstáculo tanto para los centros visitados (sin perjuicio de los centros que no fueron visitados hasta el 2008), como para los mismos comisionados que debieron aplicar un instrumento que cambia de un semestre a otro, y que incluso podía ser diferente en cada región. Segundo, en esta época los centros carecían de orientaciones técnicas para el diseño de sus planes de intervención, las primeras orientaciones técnicas para CIP-CRC emanadas del departamento de justicia juvenil se realizan el 2011, las cuales surgen precisamente con el objetivo de “orientar y organizar el trabajo de los equipos técnicos con herramientas que le permitan realizar intervenciones diferenciadas que respondan a los distintos niveles de complejidad de los/as adolescentes que cumplen condena”.¹²³

B. Periodo 2012-2013 o *etapa de formalización*

Desde el primer semestre 2010 que la estructura de las actas comienza a estandarizarse mediante la fijación de diez factores (ver nota 2) que son aplicados en cada visita, hasta las últimas actas publicada el segundo semestre 2018. Cabe destaca la inversión de \$7 mil millones realizada el 2012 en el marco del “Plan jóvenes”, lo que permitió el 2011 la incorporación en los primeros centros de exámenes en salud mental al ingreso de los internos¹²⁴. Sin perjuicio de ello, aún al 2012 no se puede hablar de un sistema estabilizado¹²⁵

¹²³ SENAME (2011), p.4.

¹²⁴ Se trata de la mayor inversión realizada hasta la fecha, lo que en materia de salud permitió, por ejemplo: un plan de capacitación a funcionarios de centros cerrados en materias de salud mental, la incorporación de personal de salud y de “... una serie de protocolos e instrumentos para ordenar y mejorar la efectividad de las prestaciones a los jóvenes, tales como examen de salud física y mental al ingreso”. SENAME (2012), pp.5-7.

¹²⁵ Ibid, p. 30

En virtud de la formalización anterior, ya hacia el periodo 2012-2013 la recolección de información por los comisionados se vuelve más completa y sistemática, lo que se grafica en que la cantidad de espacios en blanco en las actas se reduce a casos excepcionales.

El cuadro nro. 3 nos muestra que ha habido un proceso de adaptación por parte de los centros en cumplir con los estándares mínimos observados en las actas, esto se grafica en aquellos centros que lograron la autorización de sus dependencias de salud por parte del Seremi respectivo: si bien sólo 6 de 15 regiones cuentan con dicha autorización, es innegable el avance respecto al 2008, en donde sólo una región contaba con dicho permiso. Esta mejora podría atribuirse a las mismas recomendaciones hechas por los comisionados en las primeras versiones de las CISC, y/o a la mayor información suministrada el 2011 por departamento de justicia juvenil mediante sus “orientaciones técnicas” tanto para la modalidad CIP y como para CRC.

El contar con información sistematizada y de mayor acceso para los comisionados, permitió que se descubrieran problemas que muchas veces van más allá de los aspectos contemplados en los factores a observar en las CISC, por ejemplo: si bien en este periodo existe presencia de al menos un profesional capacitado en salud mental adolescente en casi todas los centros CIP-CRC del país, esto no quita que siga habiendo una falta de horas médicas de la especialidad psiquiatría, dado que generalmente sólo quienes pertenecen al programa ambulatorio reciben esta prestación. Además, si bien se ofrecen tratamientos, el diseño de estos no se basan en una planificación a largo plazo debido al sistema de licitaciones que limitan la continuidad de los equipos técnicos y sus sostenedores. Estas limitaciones hacen que la terapia en salud mental se reduzca a la contención y al apoyo del proceso de privación de libertad en el corto plazo, pero difícilmente se podría aspirar a un enfoque ecosistémico construido sobre la base de una comprensión sistémica de la realidad que implique, una intervención contextualizada que integra para la comprensión del fenómeno la mayor diversidad posible de factores incidentes.¹²⁶

Cuadro N°3: Salud mental en CIP-CRC 2012-2013

Regiones	Existencia de dependencias de salud con	Profesionales capacitados en salud mental.	Realización de controles médicos.	Intentos de suicidio y/o autoagresiones	Uso de psicofármacos en los internos.	Existencia de un sistema de control y
----------	---	--	-----------------------------------	---	---------------------------------------	---------------------------------------

¹²⁶ SENAME (2011), p. 7.

	autorización del Seremi de Salud			registradas		resguardo en la prescripción de medicamentos.
Arica y Parinacota	Si	Si	Si	No	Si	Si
Tarapacá	Si	No	Si	No	Si	Si
Antofagasta	No	Si	Si	Si	Si	Si
Atacama	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Coquimbo	No	Si	Si	Si	Si	Si
Valparaíso	Si	Si	Si	No	Si	Si
Metropolitana:	No	Si	Si	Si	Si	Si
O'Higgins	No	Si	Si	Si	Si	Si
Maule	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Biobío	No	Si	Si	Si	Si	Si
Araucanía	No	Si	Si	No	Si	Si
Los Lagos	No	Si	Si	Si	Si	Si
Aysén	Si	Si	Si	No	Si	Si
Magallanes	No	Si	Si	Si	Si	Si
Los Ríos	No	Si	No	No	Si	Si

Fuente: elaboración propia a partir del registro que consignan las actas de las CISC para los años 2012-2013

El cuadro nro.4 sigue la misma tendencia observada en “salud mental”; Hacia el periodo 2012-2013, la totalidad de los centros CIP-CRC del país cuenta con registro de los internos que ingresan con consumo problemático de sustancias, y en un 73,3% de las regiones cuentan con un equipo o dispositivo para el tratamiento de drogas con cupos suficientes para al menos un 75% de la población (Ver nota 10).

Cuadro N°4: Tratamiento de drogas en CIP-CRC 2012-2013

Regiones	Presencia y cobertura de funcionarios y/o dispositivos de tratamiento de drogas.	Presencia de internos con consumo problemático de drogas y/o alcohol en el CIP-CRC.

Arica y Parinacota	Si	Si
Tarapacá	No	Si
Antofagasta	Si	Si
Atacama	Si	Si
Coquimbo	Si	Si
Valparaíso	No	Si
Metropolitana:	No	Si
O'Higgins	Si	Si
Maule	Si	Si
Biobío	No	Si
Araucanía	Si	Si
Los Lagos	Si	Si
Aysén	Si	Si
Magallanes	Si	Si
Los Ríos	Si	Si

Fuente: elaboración propia a partir del registro que consignan las actas de las CISC para los años 2012-2013

Este periodo nos muestra que una vez lograda la formalización en el proceso de recolección y disposición de información sobre los CIP-CRC, el siguiente obstáculo detectado por los comisionados en su mayoría radica en generar sistemas de coordinación y comunicación tanto a nivel micro entre los equipos de las distintas áreas contempladas en el Plan de Intervención Individual de cada interno, como la coordinación a nivel macro de entre los organismos que actúan en el sistema penitenciario juvenil (SENAME, SENDA, PAI, fundaciones o programas de intervención de particulares concesionados para operar en los centros, etc.) y los servicios de salud externo en caso de derivaciones.

C. Periodo 2018 o *etapa de consolidación.*

Luego de más de una década desde la primera versión de las CISC el 2007, hacia el 2018 ya contamos con un modelo único de actas consolidado, que no registra espacios en blanco ya que en los aspectos por evaluar en donde no se pudo obtener información se dejó constancia de la causa de esa situación.

Las recomendaciones hechas por los comisionados, y los lineamientos técnicos realizados por el SENAME, permiten que hoy podamos hablar de protocolos de evaluación y diagnósticos establecidos en salud mental, básicamente mediante epicrisis y el establecimiento de distintas fichas médicas para los internos al momento de su ingreso al recinto, en donde se registran las intervenciones médicas realizada, a modo de ejemplo, una de las regiones que ha logrado una mejor aplicación de las orientaciones y recomendaciones en el factor Salud Mental, es el CIP-CRC Antofagasta (1º semestre) que cuentan con 3 instrumentos de evaluación¹²⁷, e incluso con protocolos que distinguen “ideación suicida”, de “intentos de suicidio”, dichos instrumentos son aplicados por Profesionales de Intervención Clínica, y en caso de ser necesario realizan derivaciones al PAI respectivo, procurando una adecuada coordinación entre los organismos que permita una oferta multimodal, ecosistémica y basada en el individuo, la familia y la comunidad.¹²⁸

Sin embargo, si bien en algunas regiones existen protocolos visados por la autoridad tanto para “intentos de suicidios” como para “ideación suicida”, el contenido de las actas CISC en el tópico “suicidio” no distingue entre intentos de suicidio, ideación suicida y autoagresiones. Esta indeterminación permite que quede juicio de los funcionarios del centro el catalogar un episodio de autolesiones como “intento de suicidio” o como una manifestación en el “plano de la manipulación” (CIP-CRC Coronel, O’Higgins, 1º semestre), o peor aún, que incluso existiendo protocolos establecidos por el departamento de justicia juvenil en caso de intentos de suicidio, existan centros donde dichos protocolos no sean aplicados en los casos concretos y se termine tipificando como “autolesiones” un episodio que debió calificarse como “intento de suicidio” (CIP-CRC Pta. Arenas, Magallanes, 1º semestre).

Cuadro N°5: Salud mental en CIP-CRC 2018 .

Regiones	Existencia de dependencias de salud con autorización del Seremi de Salud	Profesionales capacitados en salud mental.	Realización de controles médicos.	Intentos de suicidio y/o autoagresiones registradas	Uso de psicofármacos en los internos.	Existencia de un sistema de control y resguardo en la prescripción de

¹²⁷ Ficha en salud mental, Tamizaje de drogas y Entrevista de Perfil Criminológico (Antofagasta, 2018, 1er semestre)

¹²⁸ SENAME (2012), p.31.

						medicamentos.
Arica y Parinacota	Si	Si	Si	No	Si	Si
Tarapacá	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Antofagasta	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Atacama	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Coquimbo	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Valparaíso	Si	Si	Si	No	Si	Si
Metropolitana:	No	Si	Si	Si	Si	Si
O'Higgins	No	Si	Si	Si	Si	No
Maule	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Biobío	Si	Si	Si	Si	Si	No
Araucanía	No	Si	No	No	Si	Si
Los Lagos	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Aysén	Si	Si	Si	No	Si	Si
Magallanes	Si	No	Si	Si	Si	Si
Los Ríos	Si	Si	No	Si	Si	Si

Fuente: elaboración propia a partir del registro que consignan las actas de las CISC para el año 2018

La tendencia en cuanto al tratamiento de drogas también logra un desarrollo tal que el común denominador entre las regiones es aspira a un modelo de intervención biopsicosocial con énfasis en la psicoeducación y prevención de recaídas, ya sea a cargo de duplas psicosociales en junto a técnicos en rehabilitación, o mediante equipos multidisciplinarios compuesto de psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales.

Sin embargo a pesar de que se cumplan en forma los criterios evaluados, aun no se logran resolver problemas de fondo como por ejemplo: en algunos centros todavía no se logra una adecuada coordinación entre los distintos dispositivos que operan en materia de tratamiento de drogas (Arica y Parinacota, 1er Semestre; Antofagasta y Aysén, 2º Semestre); Existen centros en donde dichos tratamientos no registran egresos exitosos (Atacama, 1er semestre); En la Región Metropolitana (2º semestre) hay una significativa

falta de cobertura de los dispositivos de droga, como en el caso del centro San Joaquín que existe un 39% de internos en listas de espera de hasta 30 días para obtener un cupo de tratamiento de drogas.

Cuadro N°6: Tratamiento de drogas en CIP-CRC 2018.

Regiones	Presencia y cobertura de funcionarios y/o dispositivos de tratamiento de drogas.	Presencia de internos con consumo problemático de drogas y/o alcohol en el CIP-CRC.
Arica y Parinacota	Si	Si
Tarapacá	Si	Si
Antofagasta	Si	Si
Atacama	Si	Si
Coquimbo	Si	Si
Valparaíso	Si	Si
Metropolitana:	No	Si
O'Higgins	Si	Si
Maule	Si	Si
Biobío	Si	Si
Araucanía	Si	Si
Los Lagos	Si	Si
Aysén	Si	Si
Magallanes	Si	Si
Los Ríos	Si	Si

Fuente: elaboración propia a partir del registro que consignan las actas de las CISC para el año 2018

Sobre las principales deficiencias mantenidas hasta el último año publicado de las vistas CISC el 2018, nos referiremos en el siguiente apartado.

3.2: Principales problemas y/o falencias más frecuentes observadas por las actas de las CISC en la oferta desplegada por los centros CIP-CRC del 2007 al 2018.

- a. Consumo y tráfico de drogas dentro de los centros

El consumo dentro de los centros es el primer obstáculo que los centros CIP-CRC del país deben superar para que obtener alguna efectividad del proceso terapéutico en los tratamientos de droga y en salud mental, en el sentido que, si bien los centros no pueden controlar el consumo de los adolescentes fuera del recinto, el estándar mínimo al que deberían aspirar los CIP-CRC es fomentar espacios libres de drogas.

Este problema se ha mantenido hasta las últimas versiones de las CISC (Maule y Biobío, 2º semestre 2018) y en la práctica ha adquirido distintas formas, ya sea mediante la conocida técnica de ingreso mediante “pelotazos” (Tarapacá, 2º semestre 2013; Coquimbo y Valparaíso, 1º semestre 2018); o incluso las mismas familias que facilitan el ingreso de droga al recinto mediante las visitas (Antofagasta, 1º semestre 2013).

En virtud de lo anterior, además de intentar asegurar un espacio libre por parte de quienes administran los centros CIP-CRC, en cuanto a las actas de las CISC se debería aprovechar el nivel de rigurosidad ya adquirido para su relleno, y ahora incluir preguntas más específicas que puedan distinguir, por ejemplo: no solamente si o no existe ingreso de internos con consumo problemático de sustancias, sino que además se deberían detallar las sustancias más consumidas, cuáles de estas tienen presencia dentro del recinto, y así como la cantidad de internos con poli consumo (más de una sustancia) o comorbilidad (trastorno psiquiátrico y consumo de drogas).

b. Sistemas de licitación e insuficiencia de los periodos contemplados.

Los equipos multidisciplinarios que realizan distintas ofertas tanto en salud mental como en tratamiento de droga, suelen acceder a un sistema de licitaciones que deben renovar anualmente (Biobío y Aysén, 1º semestre 2013), pero este sistema no permite diseñar estrategias de intervención con objetivos a largo plazo, ni tampoco una vinculación efectiva del adolescente con el tratamiento ofrecido y/o con los profesionales, produciéndose una pérdida del trabajo realizado cada vez que ocurre rotación de funcionarios.

Por lo que de una misma causa se derivan dos consecuencias principales, por un lado, este formato genera discontinuidad y pérdida en el impacto del trabajo por los equipos técnicos en coordinación con los PAI (Iquique, 2º semestre 2018), por otro lado, se impide a los funcionarios desarrollar intervenciones psicosociales con el pretendido enfoque ecosistémico (ver nota 13), lo cual implica desarrollar objetivos a largo plazo más allá de la contención, por lo que el plazo de duración contemplado en el sistema de concesiones

no se condice con terapias orientadas a una reducción de riesgos criminogénicos y de una posible reincidencia.

Este enfoque basado en la mera “contención” de los internos, además genera prácticas que pueden estar reñidas con el derecho a salud del adolescente, ya que si tenemos en cuenta que en todos los centros hay jóvenes que ingresan con consumo problemático de sustancias, una de las formas más directas para contrarrestar las descompensaciones por abstinencia es mediante la prescripción de psicofármacos (Los Lagos, 2º semestre 2013); o el excesivo uso de calmantes al punto que se considera riesgoso para su salud física y mental de los adolescentes (O’Higgins, 2º semestre 2008).

Una posible solución debería contemplar por lo menos dos aspectos: el trabajo con el adolescente dentro del centro, y el trabajo posterior luego de su egreso al medio libre. Es fundamental que las secciones cuenten con un equipo multidisciplinario especializado y dedicado en forma exclusiva a la salud mental adolescente, de manera tal que la relación con de programas externos no sea de dependencia, sino que sirva tanto para complementar la intervención, como para la necesidad de contar con sistemas de seguimiento del adolescente luego de su estadía en el CIP-CRC (Copiapó y Biobío, 2º semestre 2018).

c. Falta de coordinación.

La coordinación en el marco de una terapia psicosocial es particularmente relevante si se pretende un enfoque socioeducativo orientado a la reinserción social¹²⁹. Es uno de los obstáculos más frecuentes en los centros (O’Higgins, 2º semestre 2013; Arica, Antofagasta, Valparaíso, Maule y Aysén, 2º semestre 2018), ya que una vez que logran contar con personal suficiente y capacitado en atención a la población de internos, el siguiente desafío es generar un flujo de información entre los equipos de trabajo de manera tal que se evite la duplicidad de atenciones y se complemente el trabajo de los equipos según las distintas áreas de intervención y objetivos contemplados en el Plan de Intervención Individual de cada adolescente.

La coordinación en este sentido debe producirse en dos niveles: a nivel micro dentro del centro, entre los equipos multidisciplinarios que ejecutan distintas propuestas según su área de trabajo (sea en materia laboral, socioeducativa, salud mental y tratamiento de droga), como a nivel macro entre los agentes que se involucran en salud mental y

¹²⁹ SENAME (2012), p.3

tratamiento de drogas en adolescentes infractores de ley (equipo de salud mental particulares, SENAME, SENDA, MINSAL, red de salud externa). Cabe agregar que precisamente para atender a esta necesidad, el 2018 surge como propuesta un “Sistema Intersectorial de Salud Integral con Énfasis en Salud Mental para Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con Vulneración de Derechos y/o Sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente”.¹³⁰

Conclusiones:

En mérito de los antecedentes de hecho y de derecho recopilados a lo largo de esta investigación, podemos concluir que la tutela del derecho a la salud mental y a tratamiento antidrogas en adolescentes infractores sometidos a penas privativas de libertad en centros CIP y CRC:

- I. Se orienta más a la contención que a la reintegración social.
 - a. Cualquiera que pretenda desarrollar un abordaje biopsicosocial en contextos de privación de libertad se enfrentará al oxímoron de que, por un lado, la pena privativa de libertad y la condición de prisionización es un factor de riesgo en sí mismo que debe acotarse al menor tiempo posible en virtud del principio de última ratio, y por otro lado, la terapia en salud mental y tratamientos contra las drogas requieren de una intervención integral planificada a largo plazo para que esta sea eficiente.
 - b. En virtud de lo anterior, las prestaciones en salud mental y tratamiento de drogas otorgadas en contextos de privación de libertad deberán enfocar mayormente sus esfuerzos en el correcto diagnóstico y contención de cada caso, lo que actualmente se trabaja mediante el establecimiento de protocolos en situaciones de crisis y procedimientos estandarizados de las

¹³⁰ MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, SENAME y SENDA (2018), p. 5.

- prestaciones de salud que deban darse, además de la terapia psicosocial y/o psicofarmacológica que deba seguirse.
- c. Habrá incumplimiento de los estándares dispuestos en estas materias en el sistema penitenciario, en la medida que los responsables de otorgar estas prestaciones se aparten de los protocolos preestablecidos y/o no cuenten con los requisitos mínimos para otorgar tratamientos en cantidad y calidad suficiente según las necesidades que presente la población penal.
 - d. Finalmente, existe incumplimiento del sistema de ejecución penal juvenil toda vez que la experiencia de las CISC ha evidenciado defectos fácticos (aún existe ingreso de drogas al interior de los centros CIP-CRC), estructurales (la renovación anual contemplada en el sistema de licitación impide desarrollar objetivos de intervención a largo plazo, produciéndose rotación de funcionarios, lo que dificulta la vinculación efectiva del adolescente con el tratamiento), y en la coordinación a nivel micro y macro entre los equipos que operan dentro y fuera de los centros.
- II. Propuestas para mejorar las prestaciones en salud mental y tratamiento de drogas otorgadas para adolescentes infractores en contextos de privación de libertad.
- a. Además de la urgencia de atender los problemas detectados por las CISC, una primera solución parte por aprovechar que este control realizado por dichas comisiones actualmente goza de estabilidad y uniformidad en su aplicación nacional, por lo que podría barajarse aumentar la cantidad de visitas realizadas a la año, las que actualmente cumplen con el mínimo de dos visitas a año señalado en el Reglamento de la Ley N°20.084.
 - b. Junto con el aumento del control no jurisdiccional realizado por las CISC, nuevamente se vuelve necesario dar celeridad al proyecto de ley¹³¹ que establece un control jurisdiccional mediante un “juez de ejecución de penas”¹³², a través de la ampliación de la competencia de los jueces de

¹³¹ CÁMARA DE DIPUTADOS (2018), *passim*. boletín N°12.213-07.

¹³² “Si vemos el sistema penal como una mesa de tres patas, por un lado, tenemos el Código Penal, que nos dice qué es delito y cómo se sanciona. También el procedimiento penal, que es el cómo se tramita desde la investigación hasta la sentencia. Pero Chile no tiene la tercera pata, que es la posterior a la sentencia” HEIN (2020) *en*: Pauta.cl (15/08/2020).

garantía, ello sin perjuicio de las herramientas que nos pueda brindar el derecho penal ejecutivo.¹³³

Bibliografía:

BERRIOS, Gonzalo. 2011. “*La ley de responsabilidad penal adolescente como sistema de justicia: análisis y propuestas*”, en: Política Criminal, vol. 6, N°11, pp.163-191, Santiago, Chile. Disponible en: https://www.politicacriminal.cl/Vol_06/n_11/Vol6N11A6.pdf [Fecha de consulta: 15/06/2020].

CASTRO, Álvaro; CILLERO, Miguel; MERA, Jorge. 2010. “*Derechos fundamentales de los privados de libertad*”, Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales, primera edición, pp. 210-241. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/Publicaciones/Libros/DDH+privados+de+libertad+Castro+Cillero+Mera.pdf> [Fecha de consulta: 16/07/2020].

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. 2003. “Observación general N°4: *la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño*”. 21 de julio 2003. Naciones Unidas. 14 p. Disponible en: <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2019/03/OG4.pdf> [Fecha de consulta: 15/07/2020].

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, 2016. “Observación general N°20: *sobre la efectividad de los derechos de niño durante la adolescencia*”. 6 de diciembre 2016. Naciones Unidas. 26 p. Disponible en: <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2019/03/OG20.pdf> [Fecha de consulta: 15/07/2020].

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, 2019. “*Observación general N°24: relativa a los derechos del niño en el sistema de justicia juvenil*”. 18 de septiembre 2019. Naciones

¹³³ “(...) llamado comúnmente *Penitenciario*, trata exclusivamente sobre la ejecución de las penas y es una rama del derecho administrativo en los países en que, como el nuestro, una vez dictada la sentencia condenatoria se produce el desasimiento del juez, el cual ya no tiene intervención directa en la etapa relativa al cumplimiento de la pena” COUSIÑO (1975), p. 23, apud DURÁN (2020), p.126.

Unidas. 21 p. Disponible en: <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2019/12/G1927560.pdf> [Fecha de consulta: 25/07/2020].

CONSEJO NACIONAL DE LA INFANCIA, 2016. “*Política nacional de niñez y adolescencia: Sistema integral de garantías de derechos de la niñez y adolescencia 2015-2025*”, Gobierno de Chile. Disponible en: <http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/168> [Fecha de consulta: 23/10/2020].

DURAN, Mario. 2020. “*Derecho Penitenciario: Delimitación de su concepto, función y contenido desde un modelo teleológico-funcional de la pena*”. Concepción, Chile. Rev. derecho (Concepción), vol. 88, N°247, p. 117-156. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-591X2020000100117&lng=es&nrm=iso [Fecha de consulta: 23/10/2020]

FARRINGTON, David, 2011. “*Predictors of Violent Young Offenders*”, en: The Oxford Handbook of Juvenile Crime and Juvenile Justice, pp 146-166. Disponible en: 10.1093/oxfordhb/9780195385106.013.0007 [Fecha de consulta 15/09/2020].

FUNDACIÓN PAZ CIUDADANA, 2006. “*Herramientas legales estratégicas para el tratamiento de drogodependencia en infractores de ley*” Valparaíso, Chile. Disponible en: <https://pazciudadana.cl/biblioteca/documentos/herramientas-legales-estrategicas-para-el-tratamiento-de-drogodependencia-en-infractores-de-ley/> [Fecha de consulta: 07/06/2020]

FUNDACIÓN SAN CARLOS DE MAIPO, 2015. “*Trayectorias de jóvenes infractores de ley: investigaciones sobre población adolescente*”. Santiago, Chile. Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: https://www.fsancarlos.cl/wp-content/uploads/2018/12/Estudio-Trayectorias-Delictuales-UC_2015.pdf [Fecha de consulta: 07/06/2020]

FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA, 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, Chile. Disponible en: https://www.tdesperanza.cl/?page_id=13 [Fecha de consulta: 07/06/2020].

HAEGERICH, Tamara; TOLAN, Patrick, 2011. “*Delinquency and Comorbid Conditions*” en: The Oxford Handbook of Juvenile Crime and Juvenile Justice, pp. 124-148. Disponible en: 10.1093/oxfordhb/9780195385106.013.0006 [Fecha de consulta 15/09/2020].

HERRERO S.; LEÓN J. L. 2006. “*Procesos de Socialización y Síntomas del Estado de Ánimo en Delincuentes Juveniles Privados de Libertad*” Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Sevilla. Disponible en: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_2_esp_65-76.pdf [Fecha de consulta: 14/06/2020].

HEIN, Karin, 2020. “*Cómo deben ser los tribunales de ejecución de penas en la legislación chilena*”, en: Pauta.cl (2020), Santiago, Chile. Disponible en: https://www.litoralpress.cl/sitio/MediosOnline_Detalles.cshtml?lpkey=0o3.F0jk.Awkn0.Y.Ruwooax.U.T.D.Q.J.G2s.lj.E.An91r.A5q3e.Fk.%C3%96 [Fecha de consulta: 23/10/2020].

JIMÉNEZ, Ma Angélica; GOYCOLEA, Rodrigo; SANTOS, Tamara, 2020. “*Convivencia, disciplina y conflicto: las Secciones Juveniles de las cárceles de adultos en Gendarmería de Chile. Análisis a las actas de la Comisión Interinstitucional de Supervisión de los*

Centros de Privación de Libertad (2014-2017)”, en: Política Criminal, vol. 15, N°29, pp.141-201. Disponible en: <http://politcrim.com/wp-content/uploads/2020/07/Vol15N29A6.pdf> [Fecha de consulta: 26/08/2020].

MALDONADO, Francisco. 2013. “*Consideraciones generales sobre las relaciones entre Salud Mental y Derecho Penal de Adolescentes en Chile*”, en: Revista de Derecho, Escuela de Postgrado, Universidad de Chile, (3): pp 195-218. Disponible en: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RDEP/article/view/31018> [Fecha de consulta: 20/04/2020].

MARTÍNEZ, Daniel. 2016. “*La felicidad en el Mes del Cerebro y Salud Mental*”, en: Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, vol. 54, N°1, Santiago, Chile. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000100001> [Fecha de consulta: 21/08/2020].

MATELUNA, Marcela. 2018. “*Intervenciones psicoterapéuticas para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de sustancias*” Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Sociales. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175372> [Fecha de consulta:21/08/2020].

MINISTERIO DE SALUD; MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS; SENAME; SENDA. 2018. “*Lineamientos para la puesta en marcha del sistema intersectorial de salud integral con énfasis en salud mental, para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente*” Santiago, Chile. Disponible en: https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2020/02/LINEAMIENTOS-PARA-LA-PUESTA-EN-MARCHA-DEL-SISTEMA-INTERSECTORIAL_VF.pdf [Fecha de consulta: 21/09/2020].

MUÑOZ, Cristóbal; RESTREPO, Diego; CARDONA, Doris. 2016. “*Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática*” en: Revista Panamericana de Salud Pública. 2016;39(3):166-173. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n3/166-173> [Fecha de consulta: 17/08/2020].

NOGUEIRA, Humberto, 2016. “*La protección convencional de los Derechos de los Niños y los estándares de la Corte IDH sobre medidas especiales de protección por parte de los Estados Partes respecto de los niños, como fundamento para asegurar constitucionalmente los Derechos de los Niños y Adolescentes*” en: Revista Ius et Praxis vol. 23 N°2 pp. 415 -462. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122017000200415> Fecha de consulta: 20/04/2020].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004. “*Promoción de la Salud Mental*” Ginebra, Suiza. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf [Fecha de consulta: 04/06/2020].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2013. “*Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*” Ginebra, Suiza. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/ [Fecha de consulta: 04/06/2020].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2018. “*Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (guía AA-HA!): Orientaciones para la*

aplicación en los países” Washington, D.C.: Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181> [Fecha de consulta: 04/06/2020].

PRATO, Juan; ESPEJO, Nicolás ; VALDIVIESO Ma Jesús ; AGUIRRE, Constanza; GONZÁLEZ, Matías. 2011. “*Salud Mental en Adolescentes Privados de Libertad: una deuda pendiente*”, en: Revista médica de Chile 139 (7): pp. 959-960. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000700021> [Fecha de consulta: 03/05/2020].

RIOSECO, Pedro; SALDIVIA, Sandra; COVA, Félix; MELIPILLÁN Roberto; RUBI Patricia. 2009. “*Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control*”, en: Revista chilena de Neuropsiquiatría 47 (3): pp. 190-200. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000300003> [Fecha de consulta: 05/05/2020].

SENAME, 2009. “*Orientaciones técnicas: Internación en Régimen Cerrado con Programa de Reinserción Social*” Santiago, Chile. Disponible en: <https://www.sename.cl/wsename/otros/20084/2-CRC-final.pdf> [Fecha de consulta: 07/06/2020].

SENAME, 2011. “*Orientaciones técnicas para la intervención: Centros de cumplimiento de condena Régimen Cerrado con Programa de Reinserción social*”, Santiago, Chile. Disponible en: [https://www.sename.cl/wsename/ot-justicia-juvenil/Orientaciones-Tecnicas-Centros-Cerrados-\(CRC\).pdf](https://www.sename.cl/wsename/ot-justicia-juvenil/Orientaciones-Tecnicas-Centros-Cerrados-(CRC).pdf) [Fecha de consulta: 07/06/2020].

SENAME, 2011. “*Orientaciones técnicas: Medida cautelar personal de Internación Provisoria en Régimen Cerrado*” Santiago, Chile. Disponible en: [https://www.sename.cl/wsename/ot-justicia-juvenil/Orientaciones-Tecnicas-Centros-de-Internacion-Provisoria-\(CIP\).pdf](https://www.sename.cl/wsename/ot-justicia-juvenil/Orientaciones-Tecnicas-Centros-de-Internacion-Provisoria-(CIP).pdf) [Fecha de consulta: 08/06/2020].

SENAME, 2012. “*Informe 5 años: Ley de Responsabilidad Penal Adolescente*” Santiago, Chile. Disponible en: https://www.sename.cl/wsename/otros/INFORME_ESTADISTICO_5A_LRPA.pdf [Fecha de consulta: 08/06/2020].

SENAME, 2015. “*Bases y orientaciones técnicas: línea de acción oficinas de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes 2015-2018*” Santiago, Chile. Unidad de Prevención, Participación y Gestión Local. Disponible en: https://www.sename.cl/wsename/p6_22-03-2018/Bases-Tecnicas-OPD.pdf [Fecha de consulta: 23/06/2020].

SENAME, 2019. “*Procedimiento Prevención del Suicidio en Centros y Programas de Justicia Juvenil*” Santiago, Chile. Departamento de Justicia Juvenil. Disponible en: <https://www.sename.cl/wsename/ot-justicia-juvenil/Prevencion-del-Suicidio-para-Medidas-Sanciones.pdf> [Fecha de consulta: 23/06/2020].

SENDA, 2018. “*Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017 8º Básico a 4º Medio*”. Santiago, Chile. Observatorio Chileno de Drogas. Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2019/01/ENPE-2017.pdf> [Fecha de consulta: 30/08/2020].

SENDA, 2019. “*Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018*” Santiago, Chile. Observatorio Chileno de Drogas. Disponible en:

<https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/02/ENPEG-2018.pdf> [Fecha de consulta: 30/08/2020].

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015. “*World Drug Report*” Austria, Viena. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World Drug Report 2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf) [Fecha de consulta: 01/09/2020].

WOOLARD, Jennifer, 2011. “*Adolescent Development, Delinquency and Juvenile Justice*” en: *The Oxford Handbook of Juvenile Crime and Juvenile Justice*, pp. 124-148. Disponible en: 10.1093/oxfordhb/9780195385106.013.0005 [Fecha de consulta 15/09/2020].