

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE PRIVADA DE LIBERTAD: EXPERIENCIAS NACIONALES Y COMPARADAS*

FRANCISCO MALDONADO FUENTES**

INTRODUCCIÓN

La experiencia común indica que una parte de quienes son condenados por la comisión de un delito presentan sintomatología vinculada a una patología de salud mental. Dicha hipótesis general se torna incluso más certera respecto de aquellos que cumplen o han cumplido una condena privativa de libertad. En este contexto las relaciones o nexos que vinculan al sistema penal con la “*locura o demencia*” parecieran ir mucho más allá de la incidencia de su padecimiento en el sustento o rechazo de la culpabilidad y del efecto eximente o atenuante de la responsabilidad que de ello deriva¹.

* Trabajo recibido el 27 de marzo y aprobado el 10 de abril de 2013.

El presente documento constituye una adaptación del estudio desarrollado por el autor como parte de una investigación elaborada en conjunto por un equipo coordinado por Sustentank que se integra, además, por los Srs. Fernando Dazarola Leichtle, Cristian Munita y Marco Antonio Campos. Dicha investigación tuvo por objeto estimar la prevalencia de trastornos mentales en población de adolescentes imputados y condenados privados de libertad en Centros de Internación Provisoria (CIP), Centros de Régimen Cerrado (CRC) y Secciones Juveniles de la administración directa del Servicio Nacional de Menores o Gendarmería de Chile por encargo del Ministerio de Justicia, cuyas conclusiones aun no han sido publicadas. El autor agradece la autorización concedida por dicha repartición pública para hacer pública esta parte del estudio.

** Abogado. Doctor en Derecho. Subdirector del Centro de Estudios de Derecho Penal de la Universidad de Talca. Profesor e Investigador de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de esa misma casa de estudios. E-mail: frmaldonado@utalca.cl, teléfono 22091010.

¹ En el nivel normativo hay que tener en cuenta que el art. 1º, inc. 1º de la ley N° 20.084, en relación con el art. 10 N° 1 del Código Penal, sostienen el efecto eximente de una patología mental de forma indiscutible. A este respecto, quienes dentro del derecho penal de adolescentes sostienen la aplicación automática y subsidiaria del art. 1º inc. 2º de la ley N° 20.084, deberán reconocer la plena aplicabilidad del art. 10 N° 1 (“*locura o demencia*”) a los casos en que se enjuicie la responsabilidad penal de los adolescentes. Por su parte, quienes sostengan la necesidad de que dicha remisión pase por el filtro de la *especialidad* no tendrán motivo alguno para sostener que dicha norma no se aplica, sino al contrario. Todo lo dicho aplica igualmente a lo dispuesto en el art. 11 N° 1 del Código penal, en relación al efecto aminorante de la responsabilidad penal que pudiese concurrir. De este presupuesto no se colige que dicha exigencia en el sistema de adolescentes y en régimen general sea idéntica, es decir, que la exigencia de culpabilidad de un adulto sea equivalente a la exigencia que lleva a afirmar la culpabilidad de un adolescente. La construcción esencialmente normativa de los presupuestos de imputación subjetiva

A este respecto, debemos tener en cuenta que sólo una parte de las enfermedades asociadas a salud mental aportan condicionantes que tengan relevancia en dicho ámbito² como también el hecho de que la propia prisionización opera muchas veces como detonante de efectos patológicos (por razones que saltan a la vista). Si a ello sumamos el que se suele caracterizar a las enfermedades mentales como un factor criminógeno y también como un condicionante de riesgo en la emisión de pronósticos de delinquimiento futuro, la hipótesis propuesta al iniciar estas líneas adquiere fácilmente una mayor nitidez.

o personal (responsabilidad, culpabilidad, atribución personal, etc.) llevan a que el estándar exigible al adolescente sea necesariamente diferente al que se exige al adulto para afirmar su responsabilidad en atención a las particularidades propias de la condición de vida que experimenta el individuo en la etapa de la adolescencia. De lo que se trata es de reconocer si en el comportamiento del individuo concurre alguna razón que, en el contexto de lo que es exigible a un adolescente, permita explicar el delito en forma alternativa a la resolución autónoma o individual, caso en el cual operará un efecto excluyente de la responsabilidad. Con ello, las razones que pueden asociarse al comportamiento natural del adolescente carecen de relevancia como criterios de atribución o imputación individual, constituyendo motivos que impiden afirmar el juicio de culpabilidad. Al respecto, BUSTOS RAMÍREZ, Juan, *Derecho penal del niño-adolescente*, Ediciones Jurídicas de Santiago, Santiago de Chile, 2007, pp. 15 y ss.; CERDA SAN MARTÍN, Mónica; CERDA SAN MARTÍN, Rodrigo, *Sistema de responsabilidad penal para adolescentes*, 2ª ed., Librotecnia, 2007, p. 35; COUSO SALAS, Jaime, "Notas para un estudio sobre la especialidad del derecho penal y procesal penal de adolescentes: El caso de la Ley chilena", *Justicia y Derechos del niño*, N° 10, 2008, p. 99 y ss.; HERNÁNDEZ BASUALTO, Héctor, "El nuevo derecho penal de adolescentes y la necesaria revisión de su teoría del delito", *Revista de Derecho de la Universidad Austral de Chile*, Vol. XX, N° 2, Diciembre 2007, pp. 196 y ss.; MALDONADO FUENTES, Francisco "Responsabilidad penal juvenil: estado actual y perspectivas", www.microjuris.com, año 2009, MJCH_MJD372 | MJD372. [visitado el 10/09/2010], p. 3 y ss.; VALENZUELA, Jonathan, "La pena y la educación. Una aproximación al fundamento de la pena juvenil", *Revista de Estudios de la Justicia* N° 11, 2009, *passim*.

³ Debemos tener en cuenta, además, que el criterio jurisprudencial suele ser bastante estricto a la hora de valorar y ponderar la satisfacción de dichas exigencias para fundar una exención de responsabilidad. Al respecto, vid. COUSO SALAS, Jaime, "Los adolescentes ante el derecho penal en Chile. Estándares de Juzgamiento diferenciado en materia penal sustantiva", *Revista de Derecho de la Universidad Austral de Valdivia*, Vol. XXV, N° 1, julio 2012, p. 161. El motivo suele radicar en la ausencia generalizada de mecanismos alternativos de control formal de las patologías detectadas. En los hechos, ello conlleva cargar al sistema penal con las tareas propias del tratamiento (en salud mental), incorporadas implícitamente bajo el resguardo que ofrece la conceptualización de los fines preventivo-especiales positivos en la pena (cuya incidencia se prioriza en los sistemas dirigidos a adolescentes). Dicho criterio suele estar presente en la sustanciación de procedimientos relativos a la responsabilidad penal de los adolescentes, siendo agravado por el hecho de que no existen publicaciones ni estudios que den cuenta sistemática o estructuradamente de las diferencias que en materia de imputación pueden sostenerse a partir de la condición especial de los adolescentes. La tarea es por ello suplementada en base a las pericias individuales y, sobre todo, en base al criterio judicial. Finalmente, debemos considerar en forma adicional que el sistema penal de adolescentes no propone un régimen de medidas de seguridad, debiendo recurrirse, en casos de inimputabilidad fundada en la presencia de una patología severa con riesgo de reiteración delictiva, al régimen de protección de menores de edad o al sistema público general de tratamiento de salud mental. Por último, quisiéramos dejar constancia que este fenómeno no parece privativo de nuestro medio nacional. Al respecto en el estudio de GUNN, John; MADEN, Anthony; SWINTON, Mark ("Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders", *British Medical Journal*, Vol. 303, agosto 1991, p. 340) se afirma que un 74% de la población reclusa fue juzgada y sentenciada a pesar de que se había diagnosticado un trastorno de salud mental.

Por ello resulta, a estas alturas, casi indiscutible que los sistemas asociados a la ejecución penal (y, en particular, los referidos a la ejecución penitenciaria) deban incluir dispositivos destinados al tratamiento de dichas problemáticas, ya sea en atención a que se considera que forman parte de la función preventiva que debe cumplir la ejecución de la pena (en sus diversas variantes); porque se estima que el Estado detenta un deber moral de retribuir los efectos indeseados del encierro o, finalmente, porque se asume que el condenado recibe de esta forma la debida cobertura a las necesidades que demanda la conservación de su salud individual.

Dichos objetivos y la necesidad de darles una adecuada cobertura en el ámbito de la ejecución penal adquieren particulares dimensiones en el ámbito de la responsabilidad penal de los menores de edad. Si bien no existe un nexo causal o determinante entre comportamiento disocial, adolescencia y la actividad delictiva, los caracteres propios de la adolescencia motivan una amplia presencia de sintomatología patológica emanada de las necesidades de experimentación, adaptación y confirmación de la propia individualidad, con particular relevancia en el ámbito de los trastornos disruptivos³. Asimismo, es

⁴ En la población más joven, destacan entre los problemas más frecuentes el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, el trastorno disocial del comportamiento, trastornos afectivos como depresión y distimias y trastorno por déficit atencional. Una multiplicidad de estudios dan cuenta de que la población adolescente en general presenta conductas que pueden ser consideradas “delictivas” en cuanto orientadas por la necesidad de someterse a prueba a través de transgresiones, lo que motiva (inclusive) que algunos estudios comparados orientados a analizar el fenómeno en la población adolescente condenada por la comisión de delitos, tomen la opción de proponer cifras de prevalencia en las que se excluyen de la medición a los *trastornos de conducta*, precisamente en atención a que se considera que constituye parte del comportamiento *natural o normal* del adolescente. A nivel comparado se trata de un fenómeno demostrado (Vid. COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, *Health Care for Youth in the Juvenile Justice System*, pp.1223). En Chile, vid. Informe Tierra de Esperanza (FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA, “Estudio Diagnóstico de la situación actual de la atención en salud mental y psiquiatría para la población de adolescentes que cumplen condena, CIP – CRC”, febrero, 2012, pp. 16 y ss. En: <http://es.scribd.com/doc/81695436/Informe-Final-Estudio-Diagnostico-Salud-Mental-Adolescentes-Infraconductores-de-Ley-Privados-de-Libertad-SENAME-Tierra-Esperanza-Febrero-2012> [visitado el 9/032013]); y el estudio de VICENTE, Benjamín; RIOSECO, Pedro; SALDIVIA, Sandra; KOHN, Robert; y TORRES, Silverio (“Estudio chileno de prevalencia en patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP)”, *Revista Médica de Chile*, Vol. 130, N° 5, mayo de 2002, p. 965). Se destacan a este respecto los estudios de ANDERSON et al. en Nueva Zelandia; BIRD Et. Al y CANINO et al., en Puerto Rico, y MCGREE et al. y PUURA et al. en Finlandia, todos los cuales proponen cifras con pretensiones de validez nacional. En Chile este mismo criterio aparece confirmado por un estudio desarrollado por COVA, Félix; RINCÓN, Paulina; VALDIVIA P., Mario; MELIPILLÁN, Roberto (“Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino”, *Revista Chilena de Pediatría*, Vol. 79, N° 6, 2008, p. 611), cuyos objetivos apuntan a la detección de la prevalencia de trastornos depresivos en infante-juveniles de sexo femenino. En concreto, sus conclusiones confirman que los trastornos depresivos y la propia sintomatología aumentan y se incrementan en la adolescencia, especialmente en la población femenina, estabilizándose una vez superada la mayoría de edad (pp. 607, 609 y 612).

indispensable tener en cuenta que el contexto propio del encierro (inherente a la sanción privativa de libertad) ofrece condiciones del todo adversas para el desarrollo de las necesidades que son propias de dicha etapa de la vida como también para la solución o contención de los naturales comportamientos disruptivos, operando por ello como detonante de conflictos de salud mental de carácter latente alternativos⁴.

Hay que tener en cuenta, además, que la especial etapa de desarrollo por la que atraviesa el adolescente obliga a que el Estado le brinde una mayor atención a sus condiciones naturales de socialidad, toda vez que la pena conlleva –por definición, y por las mismas razones– un mayor impacto en términos comparativos (o, si se prefiere, un freno a la normal experimentación que supone la adolescencia). De ahí que toda restricción de espacios de autonomía genere un efecto particularmente intenso y negativo en dicha conformación, lo que lleva a extremar la óptica de la mínima intervención y a diversificar y multiplicar las alternativas de tratamiento, en atención a su particular mayor vulnerabilidad personal. De esta forma, la legítima pretensión que tiene el Estado de hacer efectiva su responsabilidad por la comisión de delitos (a partir del reconocimiento de su autonomía) debe acompañarse de una especial preocupación por los naturales procesos de desarrollo que experimenta el adolescente, con particular énfasis en materias como la educación, la formación y la salud, incluyendo la salud mental.

Con ello, el deber que detenta el Estado en orden a hacerse cargo de las problemáticas de salud mental que presentan los adolescentes en conflicto con la ley penal se traduce concretamente en la necesidad de considerar componentes específicos en la configuración de los contenidos y modalidades que ofrecen las diversas instancias que conlleva la intervención penal,

⁵ La doble dimensión del encierro (en cuanto constituye un régimen de privación excepcional, ajeno a la normalidad y altamente cargado de aspectos emocionales y afectivos –detonante por ello, naturalmente, de contextos de angustia y ansiedad–) lleva a extremar las necesidades que a este respecto pesan sobre el Estado a la hora de enfrentar la tarea de moldear los caracteres bajo los cuales impondrá las sanciones privativas de libertad. La privación de libertad es una condición de estrés psicosocial que pone a prueba las habilidades de los jóvenes para adaptarse a un entorno en que las reglas de convivencia habituales cambian abruptamente, obligándolos a desarrollar estrategias de afrontamiento y supervivencia que responden a códigos propios del mundo carcelario y que tenderían a perpetuar, a través de mecanismos de socialización, patrones de comportamiento y visiones de mundo que pueden dificultar cualquier proceso de rehabilitación que no considere esta transformación. Este estrés psicosocial, transforma el mundo del joven caracterizado por la flexibilidad en las relaciones interpersonales, la elección por el contacto con otros, la autonomía y autodeterminación, la búsqueda de protección y de sustento emocional, en uno donde prima la rigidez, la jerarquía y la falta de apoyo emocional, el hacinamiento y muchas veces la victimización (terciaria). De ello se colige un argumento (ético o moral) adicional para la intervención, basado en la carga que conlleva la decisión de encarcelar y sus efectos. Su falta de consideración redunda en una especie de doble padecimiento que radica sus orígenes en la propia decisión estatal de encarcelar.

cruzando por ello a todo el diseño y administración de las diversas formas de reacción (con particular énfasis en los casos asociados a la privación de libertad). Constituye por ello un antecedente que obliga a tomar decisiones en el diseño general del modelo, en su régimen cotidiano, en los protocolos de interacción (entre internos y para con los educadores y profesionales), en la proyección y progresión de la oferta programática y de atención y, finalmente, en la configuración de los espacios de desarrollo dispuestos para la ejecución, en términos que den cuenta de las necesidades concretas que demanda el tratamiento propiamente terapéutico de las patologías diagnosticadas y de la sintomatología que la precede⁵.

A este respecto, la primera impresión que deja la ejecución actual del modelo es deficiente. Los centros privativos de libertad carecen, en general, de dimensiones que superen el nivel de la oferta de tratamiento de carácter focalizado, el que, por lo demás no alcanza a toda la población necesitada de atención y se encuentra en extremo concentrado en las problemáticas asociadas al consumo de drogas. Asimismo, no se cuenta con el personal adecuado y necesario, no se trabaja el tratamiento preventivo, no se cuenta con espacios de intervención cotidianos, etc.; en una aproximación de contexto cuyo estado actual ofrece una gran oportunidad de trabajo.

Resulta por ello indispensable una redefinición del modelo, tarea que a su vez requiere un adecuado diagnóstico de las necesidades concretas que se demandan sobre la actual oferta que el Estado dispone en este ámbito, extensiva tanto a la caracterización de las patologías a tratar como al análisis del contexto en que se administra la privación de libertad, base indispensable para construir un marco conceptual que habilite al diseño de mecanismos de intervención para su tratamiento eficaz. Este requerimiento se ve además reforzado por el hecho de que, como suele ocurrir en Chile (y, en general, en nuestro entorno cultural) no existen experiencias que ofrezcan datos básicos acerca de los caracteres que detentan las problemáticas de salud mental en dicho contexto (la población adolescente que debe cumplir una sanción penal privativa de libertad) con validez general. Es más, el propio fenómeno

⁶ Lo dicho se encuentra recogido con especial claridad en el artículo 20 de la ley N° 20.084. En dicha disposición el legislador se hace cargo de precisar que los objetivos de la intervención penal apuntan a *hacer efectiva la responsabilidad de los adolescentes por los hechos delictivos que cometan* en una modalidad que haga que la sanción *forme parte de una intervención socioeducativa* amplia que, en conjunto, debe estar orientado a la integración social (plena) del condenado. Se trata por ello de un punto donde se encuentran las reacciones propiamente individuales con las necesidades sociales y educativas del adolescente, como forma de integrar los aspectos interventivos con el respeto de la autonomía individual que se les debe reconocer. De ello se colige, además, en forma igualmente nítida, la independencia de este deber del Estado de la necesidad de considerar dicha intervención como fundamento de la concreta individualización de la pena del adolescente.

parece desconocido en su trascendencia y (amplias) perspectivas, a pesar de que en sistemas comparados existe una dilatada experiencia que da cuenta de sus caracteres generales. Con esta base el Ministerio de Justicia dispuso en el año 2011 la necesidad de llevar a cabo un estudio dirigido a determinar la prevalencia de trastornos mentales en la población privada de libertad por aplicación de la ley N° 20.084, teniendo además en cuenta que una adecuada lectura de dicha caracterización requiere contar con elementos de contexto, extraídos de las experiencias previas que se han levantado en nuestro país con similares objetivos y de aquellas (las principales) que han sido desarrolladas en sistemas comparados. El presente documento da cuenta precisamente de este marco de referencia –incluido en dicho estudio– destinado a permitir que los antecedentes que ofrezca el levantamiento encomendado puedan ser contrastados y sopesados adecuadamente⁶.

2. EXPERIENCIAS NACIONALES

2.1. *Antecedentes generales*

Como primer insumo, conviene destacar que en forma previa sólo se han realizado en Chile dos estudios referidos a la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes privados de libertad. El primero (cuyos resultados se presentan en el año 2009 y que forma parte de un proyecto más amplio) se dedicó a levantar y analizar los datos que arroja la provincia de Concepción, encontrándose a cargo de un equipo dirigido por el profesor Pedro Rioseco⁷. El segundo (cuyos resultados se presentan en el año 2012), aborda en exclusiva a la población privada de libertad que se encuentra condenada por la comisión de delito en los centros de régimen cerrado (CRC) de la Región Metropolitana, V y VI regiones

⁷ Para la selección del material se ha recurrido a la experiencia personal de los integrantes del equipo investigador, a la información que ofrecen los organismos públicos nacionales competentes y a los contenidos que ofrecen las plataformas informáticas de búsqueda de publicaciones, en particular, referidas a documentos contenidos en ediciones y revistas especializadas en salud mental, psiquiatría, pediatría y sistemas de justicia [sCielo, Medline (Busco), PEDro, ProQuest Medical Library, ProQuest Nursing & Alliens Health Source (CSA), PubMed, JSTOR, HeinOnline, Westlaw, Vlex, Dialnet]. Además se ha recurrido a buscadores en internet para extender dicha exploración a trabajos que presenten una validación científica inferior o que no tengan acceso a plataformas de búsqueda, utilizándose el mismo mecanismo para acceder a sitios web pertenecientes a organismos administrativos e internacionales vinculados con los sistemas de justicia de adolescentes, de justicia en general o de salud pública. La búsqueda se ha orientado al contexto Iberoamericano, Australia y Nueva Zelandia, Canadá, Estados Unidos y Reino Unido.

⁸ Las conclusiones del estudio se contienen en RIOSECO S. Pedro; VICENTE P., Benjamín, SALDIVIA B., Sandra; COVA S., Félix, MELIPILLÁN A., Roberto; RUBI G., Patricia: "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control", *Revista Chilena de Neurología y Psiquiatría*, 2009, Vol. 47 (3), pp. 190-200.

—en particular, los emplazados en San Bernardo, Santiago, Graneros y Limache— desarrollada por un equipo especializado perteneciente a la Fundación Tierra de Esperanza^{8/9}.

Se podrá apreciar que la escasez de experiencias se agrava por el hecho de que ninguna ofrece resultados con cobertura nacional. A mayor abundamiento, ni siquiera existen experiencias que puedan servir de contraste, referidas por ello a la población adolescente (o, incluso, infanto-adolescente) en general (condenada o no, privada o no privada de libertad¹⁰, reinando un panorama carente de resultados tangibles que pueden ser asumidos como premisas que gocen de validez reconocida¹¹.

Hace excepción —si bien relativa— el levantamiento de información sobre problemas vinculados a dependencia de drogas y estupefacientes, incluyendo en ellas las condicionantes patológicas asociadas. No obstante, la naturaleza concreta de dichas experiencias pareciera diversa, en la medida que en su mayoría corresponden a levantamientos estadísticos generales donde sólo se consideran resultados parciales aplicables a la población adolescente¹². A este respecto podemos mencionar la existencia de dos investigaciones adicionales: primero, el estudio llevado a cabo por el Instituto de Sociología de la Facultad

⁹ FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA, cit. nota n. 5.

¹⁰ Existe también una evaluación realizada por la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile en los Centros de Administración Directa de SENAME, tanto del área de protección de derechos como de infractores de ley, que evaluó a 108 infanto-adolescentes seleccionados en base a que presentaban las alteraciones conductuales más severas, confirmándose que el 100% presentaban sintomatología patológica. Por sus características se trata de una evaluación absolutamente orientada por los sesgos definitorios de la muestra, lo que ha motivado que no se incluya en los análisis particulares que propone el presente documento. Al respecto, vid. MINISTERIO DE SALUD, SENAME y CONACE, Orientaciones técnicas: Atención de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales usuarios del Servicio Nacional de Menores, 2007, p. 11.

¹¹ Existe sólo un estudio con pretensiones de representatividad nacional referido a la población infanto-adolescente en general (no sólo condenada, o, mejor dicho, privada de libertad por razón de delito). Las conclusiones del primero se encuentran aún en curso de ejecución, siendo sólo posible acceder a resultados publicados de carácter parcial (en VICENTE, Benjamín; SALDIVIA, Sandra; RIOSECO, Pedro; DE LA BARRA, Flora; VALDIVIA, Mario; MELIPILLAN, Roberto; ZÚÑIGA, Mario; ESCOBAR, Bertha, y PIHAN, Rolando, “Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín”, *Revista Médica de Chile*, N° 138 (8), agosto de 2010, pp. 965-973); existe además un estudio de prevalencia en patologías de salud mental en la población chilena en general (mayores y menores de edad) con validez nacional, desarrollado por VICENTE, RIOSECO, SALDIVIA, KOHN y TORRES en el año 2002, “Estudio chileno de prevalencia en patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPPI)”, *Revista Médica de Chile*, Vol. 130, N° 5, mayo de 2002).

¹² Así se destaca en los estudios de Vicente, et al., “Epidemiología de trastornos mentales”, cit. nota n. 12, pp. 965 y 971; COVA, Félix; RINCÓN, Paulina; VALDIVIA P., Mario; MELIPILLÁN, Roberto, “Prevalencia de trastornos depresivos”, cit. nota n. 5, p. 608; y ARAYA / ROJAS / FRITSCH / ACUÑA / LEWIS, “Common mental disorders in Santiago, Chile”, *British Journal of Psychiatry*, 2001, p. 228.

¹³ En torno a la realidad chilena, vid. <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/>.

de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile (octubre de 2007) por encargo del Sename¹³, orientado a determinar la prevalencia en el consumo de drogas y alcohol (en el último caso) en los que se destacan los contenidos patológicos asociados al uso y abuso de sustancias, incluyendo datos asociados a comorbilidad con otras patologías mentales. En segundo lugar, constatamos la existencia de datos próximos a dichos objetivos en el levantamiento contenido en el *Estudio nacional de Drogas en la población general de Chile*, que se desarrolla en forma periódica y cuya última entrega corresponde a su novena realización¹⁴.

2.2. Aspectos metodológicos relevantes

La investigación dirigida por Rioseco (primera en su género) se basa en un marco muestral de 100 adolescentes (mayores de 12 años y menores de 18 cumplidos) privados de libertad (en dependencias de Sename o Genchi) cuyos resultados son contrastados con un grupo de control de características similares que carece de contacto con el sistema penal¹⁵. En su elaboración se utilizó básicamente el DISC IV (*Diagnostic Interview Schedule for Children*), complementando sus resultados con el WISC-R (*Weschler Intelligence Scale for Children*) y el WAIS (*Weschler Adult Intelligent scale*), instrumentos (estos últimos) usados para medir inteligencia. Adicionalmente se aplicó el FHS (*Family History Screen*) para determinar el historial psiquiátrico de los parientes de primer grado de los adolescentes. Por sus características (y, en especial, por tratarse de instrumentos altamente estructurados) su aplicación se confió a estudiantes de 5° año de psicología¹⁶.

La investigación analiza la prevalencia en 12 meses de trastornos mentales en la población adolescente recluida de cara a alimentar la definición de estrategias de intervención orientadas a la prevención de futuros episodios de violencia¹⁷. Como marco de base se atribuye un rol determinante a las

¹⁴ SENAME, Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley. En: http://www.sename.cl/wsename/otros/genero/estudio_prevalencia_factores_asociados.pdf [visitado el 9/03/2013]. En Adelante "Informe PUC".

¹⁵ SENDA, Noveno estudio nacional de Drogas en la población general de Chile, 2010, 2011.

¹⁶ RIOSECO et al., "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes", cit. nota n. 9, p. 193. La muestra de control se seleccionó de entre los alumnos del Instituto Superior de Comercio de Concepción (INSUCO), siendo pareados según edad y nivel socioeconómico con los adolescentes infractores. RIOSECO et al., "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes", cit. nota n. 9, p. 194.

¹⁶ RIOSECO et al., "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes", cit. nota n. 9, p. 193.

¹⁷ RIOSECO et al., "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes", cit. nota n. 9, p. 193.

patologías psiquiátricas (y en especial las psicopatías¹⁸) en cuanto factores explicativos de la conducta delictiva (en un contexto que se reconoce como multicausal¹⁹, a nivel probabilístico y general) y su mayor relevancia frente a otros indicadores²⁰.

El principal problema que evidencia el estudio radica en que se ocupa una muestra de control escolarizada (considerando que se trata de una característica relevante como factor de riesgo) y el que la muestra en general se encuentra limitada a la población masculina²¹.

Por su parte, la segunda experiencia chilena, llevada a cabo por la Fundación Tierra de Esperanza, presenta caracteres similares pero mejorados. En efecto, si bien se proyectó sobre una población muestral de 300 internos que cumplen condena bajo el régimen penal adolescente, se desarrolló sólo sobre un total definitivo de 183 internos. De los 244 (86,8%) que entraron a instancias de tamizaje (por razones asociadas a logística o consentimiento), la población se redujo por efecto de dicho *screening*, deserciones individuales o decisiones del equipo entrevistador orientadas a la protección del propio entrevistado²².

En este caso también se utilizó como instrumento básico el DISC IV (*Diagnostic Interview Schedule for Children*), aplicado sobre una población previamente seleccionada en base a un instrumento de tamizaje (Screening Questionnaire Interview for Adolescents, SQIFA-CESMA²³) y cuyos resultados se complementan con el uso del Test de matrices progresivas de Raven (evaluación de índices de inteligencia²⁴)²⁵.

¹⁸ RIOSECO et al., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9 p. 192. Las citas de respaldo son contundentes y recientes (correspondientes a estudios posteriores al año 2000). Si bien se cita literatura que controvierte dicha afirmación, se insiste en ella en base a la elevada presencia de síntomas significativos que, si bien no permiten un diagnóstico, dan cuenta de las exigencias de una evaluación clínica.

¹⁹ Se trata de una afirmación que goza de reconocimiento general. A nivel normativo se detalla en la Norma Técnica N°85, Ministerio de Salud, p. 8

²⁰ RIOSECO et al., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9, p. 191.

²¹ RIOSECO et al., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9, p. 197.

²² Detalles en Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, p. 38.

²³ Detalles en Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, pp. 32 y ss.

²⁴ Detalles en Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, pp. 35 y ss.

²⁵ Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, pp. 10. Debemos mencionar que el estudio también abordó una caracterización compleja de la condición de los adolescentes entrevistados, incluyendo un análisis de las redes de apoyo con que cuentan. A dichos efectos se ocupó la Escala de Apoyo Social para Adolescentes (SEIDMAN et al., 1995).

Debemos destacar que en esta experiencia, además del objetivo manifiesto (ofrecer cifras sobre la prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente condenada por delito), se procuró obtener datos adicionales relativos a la red de apoyo social, coeficiente intelectual y otros, de cara a aportar insumos validados para el mejoramiento de las políticas públicas correspondientes²⁶.

En tercer lugar, y en el ámbito asociado a drogas, destaca (como experiencia única) el estudio llevado a cabo por el Instituto de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile, realizado sobre adolescentes que participan en programas ambulatorios y privativos de libertad en las regiones I, II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X y Metropolitana. Su objetivo apunta a ofrecer una caracterización precisa del consumo de sustancias estupefacientes en dicha población con miras a perfeccionar la intervención especializada que actualmente se dispone frente a ello, siendo en dicho contexto que se desarrolla un análisis sobre la prevalencia de patologías de salud mental presentes en la muestra seleccionada. En este caso, el dato se levanta y analiza bajo un importante sesgo, pues solo se trata en cuanto factor relacionado al consumo o dependencia de sustancias estupefacientes o alcohol (lo que afecta de forma importante la validez metodológica de sus resultados en torno a dicho dato). En este sentido se limita a revisar determinadas patologías (depresión, ansiedad y trastornos del sueño, psicosis y paranoia) y trastornos de personalidad, medidos en exclusiva en función de su relación con el uso, consumo o dependencia de sustancias²⁷, y que han sido seleccionados en función de un sesgo previamente impuesto.

En lo metodológico destaca, asimismo, (como factor que igualmente contribuye a relativizar dichos resultados) el que los indicadores referidos a dichas patologías fueron sustentados en base a un análisis de componentes (sintomatología) principales²⁸, dando cuenta de un baremo considerablemente menos exigente que el correspondiente a un diagnóstico²⁹.

Finalmente, quisiéramos destacar que el estudio dirigido por Vicente forma parte de una investigación sobre prevalencia patológica en 12 meses desarrollada por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción a través de un proyecto Fondecyt y constituye la primera muestra de validez nacional³⁰. La muestra se aplica aleatoriamente a través de las ciudades

²⁷ Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, p. 10.

²⁸ Informe PUC, cit. nota n. 15, p. 35.

²⁹ Informe PUC, cit. nota n. 15, pp. 34 y 50 (anexo 2).

³⁰ Así se explican las diferencias porcentuales que evidencian sus resultados.

³¹ VICENTE et al., "Epidemiología de trastornos mentales", cit. nota n. 12, p. 972.

de la provincia en base a datos del último censo poblacional y se utiliza como instrumento el DISC-IV³¹. Esta muestra (total) se distribuye en cuatro provincias, existiendo actualmente solo datos publicados referidos a la Provincia de Caufín. Como consecuencia, los datos conocidos no resultan extrapolables como conclusiones generales de validez nacional³².

2.3. Conclusiones de carácter general

La investigación dirigida por Rioseco arroja a nivel general una prevalencia de patologías de salud mental (cualquiera de ellas) en la población adolescente privada de libertad en el 64% de los casos³³, lideradas por trastornos de conducta o disociales y seguidas (con alguna distancia importante) por las patologías asociadas a consumo o abuso de sustancias³⁴. Esta cifra resulta prácticamente corroborada en el estudio desarrollado posteriormente por la Fundación Tierra de Esperanza, que presenta resultados del todo coincidentes, a pesar de que se basan en una muestra completamente diversa. En concreto, se concluye una prevalencia anual que bordea el 62% de los casos³⁵. En este caso, destacan también los trastornos de conducta y los asociados al consumo o dependencia de sustancias (estupefacientes, alcohol, nicotina), siendo relevante que el estudio los ubica en un orden de prelación inverso (la mayor prevalencia se asocia a consumo de sustancias)³⁶.

Dichos indicadores contrastan sensiblemente con los que presenta la población adolescente en general. En efecto, en el grupo de control medido por Rioseco et al., se determina un 18% de prevalencia de patologías psiquiátricas (equivalente a un cuarto del indicador de la población infractora)³⁷

³² VICENTE et al., “Epidemiología de trastornos mentales”, cit. nota n. 12, p. 966.

³³ Vicente et al., “Epidemiología de trastornos mentales”, cit. nota n. 12, p. 971

³⁴ RIOSECO et al., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9, p. 195. Conviene destacar que dicho indicador se determina a partir del criterio de discapacidad “D” del instrumento (DISC-IV), elevándose a un 71,4% con criterios clínicos y a un 84% si se recurre al criterio de discapacidad “A”. Rioseco et al., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9, p. 196. Las diferencias se determinan en base a la entidad de la patología en función a la intensidad de la discapacidad que motiva su presencia, constituyendo el criterio “A” la opción más leve y el “D” el más grave (VICENTE et al., “Epidemiología de trastornos mentales”, cit. nota n. 12, p. 966). Por seguridad y criterio conservador existe una mayor tendencia a cifrar los datos en torno a este último criterio.

³⁵ RIOSECO et al., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9, p.197.

³⁶ Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, p. 40. Conviene destacar que el indicador correspondiente a las últimas 4 semanas, fija dicho dato en un 50,2% (p. 42).

³⁷ Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, pp. 43 y 44.

³⁸ RIOSECO et al., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9, p. 195.

y que Vicente et al. sitúan en torno al 16,8% para la población adolescente^{38/39}.

En cuanto a grupos de patologías prevalentes los estudios presentan diferencias: mientras en el equipo dirigido por Vicente se determina una mayor prevalencia de trastornos ansiosos (10,9%) seguidos por los trastornos afectivos (5,9%)⁴⁰, en el grupo de control levantado por Rioseco et al. el lugar preferente lo ocupan los trastornos disociales y el déficit atencional con hiperactividad (presentando cada grupo un 5% de representatividad), seguidos por el trastorno depresivo mayor (4%)⁴¹.

Debemos destacar que la presencia de una notoria e importante mayor prevalencia de las patologías mentales en la población adolescente recluida respecto de la población adolescente en general constituye un fenómeno igualmente constatable en la realidad penitenciaria del régimen común, presentando la población adulta recluida una prevalencia de trastornos mentales igualmente superior (con cifras igualmente importantes) a la que presenta la población general, conforme sostiene la opinión generalizada (Villagra⁴²; Araya et al.⁴³)⁴⁴.

Este fenómeno encuentra usualmente sus razones explicativas en dos premisas bastante asentadas⁴⁵. La primera apunta a la relación existente entre la presencia de patologías mentales (o sintomatología expresiva de la misma) como factor de riesgo de la comisión de delitos, caracterización que goza de

³⁹ VICENTE et al., "Epidemiología de trastornos mentales", cit. nota n. 12, p. 969. La cifra se eleva a un 28,7% si se utiliza el criterio A de discapacidad, contrastable con el 71,4% mencionado *supra*, correspondiente a la población infractora. Hacemos presente que las cifras citadas corresponden a la población adolescente, determinada conforme a edades que superan los 12 e inferiores a los 18 años. Las cifras generales (población infanto-juvenil) pueden consultarse en VICENTE et al. "Epidemiología de trastornos mentales", cit. nota n. 12, p. 968.

⁴⁰ Conviene tener en cuenta que esta cifra parece "elevada" si se la compara con la que presenta la realidad comparada. Así se concluye en ARAYA et al., "Common mental disorders", cit. nota n. 13, p. 228.

⁴¹ VICENTE et al., "Epidemiología de trastornos mentales", cit. nota n. 12, p. 969

⁴² RIOSECO et al., "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes", cit. nota n. 9, p. 196.

⁴³ Villagra destaca que en nuestro medio los trastornos de salud mental se encuentran sobrerrepresentados en la población carcelaria, presentando además el consumo problemático de sustancias una elevada prevalencia. VILLAGRA, Carolina, "Hacia una política postpenitenciaria en Chile: desafíos para la reintegración de quienes salen de la cárcel", *Debates Penitenciarios*, N°7, Área de estudios Penitenciarios, CESC, julio de 2008, p. 8.

⁴⁴ ARAYA, et al., "Common mental disorders", cit. nota n. 13, pp. 228-233.

⁴⁵ Debemos destacar que esta impresión no goza de contraste empírico, constituyendo una afirmación que se extrae de una aproximación desformalizada. En concreto, tampoco existen en Chile estudios publicados que determinen la prevalencia de trastornos mentales en la población privada de libertad en general.

⁴⁶ GRISSE, Thomas, "Adolescent Offenders with mental disorders", *Journal: Juvenile Justice, The future of Children*, Vol 18, N° 2, 2008, pp. 150 y ss.

una buena base documental en el extranjero⁴⁶; la segunda, a los efectos de la prisionización, en particular, en lo relativo al amplio y diversificado impacto que genera la incorporación en la forma de vida que se desarrolla al interior de la prisión⁴⁷. Existe además un tercer ámbito de vinculaciones que apunta a la mayor presencia de alteraciones y trastornos vinculados a la salud mental (que pueden devenir en sintomatología propia de una patología o detonarla directamente) durante el periodo de la adolescencia, a consecuencia de las características naturales que conlleva dicha etapa de la vida⁴⁸.

2.4. Conclusiones particulares

2.4.1. Distribución de las patologías de salud mental según prevalencia

Ahora bien en el análisis particular, y siguiendo con la tónica planteada a propósito de las cifras que presentan los diversos estudios en torno a las patologías prevalentes, podemos también apreciar diferencias en la forma como se distribuyen los respectivos indicadores ofrecidos en los estudios mencionados.

En Rioseco et al. destaca, en primer lugar, el hecho de que el 46% del total de la muestra presenta una prevalencia de patologías asociadas a trastornos de conducta o disociales, es decir, prácticamente dos tercios de la prevalencia general

⁴⁷ Por todos, Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, pp. 13 y ss. Asimismo, GRISPO, “Adolescent Offenders”, cit. nota n. 47, pp. 145 y ss. No podemos establecer si alguna patología o el solo hecho de que concorra alguna es una causa del delito (en adolescentes) (TEPLIN, Linda A.; ABRAM, Karen M.; MCCLELLAND, Gary M.; DULCAN, Mina K.; MERICLE, Amy A., “Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 59, diciembre 2002, p. 1138), pues el entendimiento generalizado sostiene que los factores que inciden como comportamientos de riesgo a nivel individual y grupal son amplios y variados, sin que se puedan establecer pautas o reglas de carácter general que determinen nexos causales. En el estudio de CHITSABESAN, Prathiba; KROLL, Leo; BAILEY, Sue; KENNING, Cassandra; SNEIDER, Stephanie; MACDONALD, Wendy; THEODOSIOU, Louise, “Mental health needs of young offenders in custody and in the community”, *The British Journal of Psychiatry*, 2006, Vol. 188, pp. 534, referido a Inglaterra y Gales, se determina que además de la incidencias de los factores asociados a salud mental (que bordean el 50%) se presentan necesidades elevadas de atención en ámbitos como la educación o el trabajo (36% de los casos, con una prevalencia de entre 17% y 19% de retraso escolar) o en integración social (48% de los casos), índices que superan incluso las necesidades de tratamiento en salud mental.

⁴⁸ NEWMAN, Elana: “Posttraumatic stress disorder among criminally involved youth”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 60, N°8, 2003, p. 849. En el estudio de ABRAM, Karen / TEPLIN, Linda / CHARLES, Devor / LONGWORTH, Sandra / MCCLELLAND, Gary / DULCAN, Mina, “Posttraumatic Stress disorder and trauma in youth in juvenile detention”, *Arch. Gen. Psychiatry*, 2004, Vol. 61, p. 403 y ss. se desarrolla un análisis acerca de la prevalencia específica de estrés post traumático emanado del encierro, incluyendo exposición de datos emanados de estudios preliminares, alcanzando una cifra cercana al 92,5% de la población recluida, con preeminencia en el primer periodo de encierro. En el mismo sentido, Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, p. 9.

⁴⁹ Vid. cit. nota n. 5.

(fijada en un 64% conforme a los resultados del estudio)⁴⁹. Le siguen, en forma lejana, el abuso del alcohol (con un 26%), la dependencia de la marihuana (con un 16,3%), la dependencia del alcohol (12%), el abuso de la marihuana (10,2%), la ansiedad de separación (10%) y el abuso de la nicotina (6,5%). Finalmente, los demás trastornos detectados no arriban a cifras que superen el 4%⁵⁰.

Por su parte, en el estudio de la Fundación Tierra de Esperanza, la mayor prevalencia se radica en los trastornos asociados a sustancias (uso, consumo o abuso de las mismas) bordeando un índice del 38% de los casos, seguidos de cerca por los trastornos de conducta (31,7%). Más abajo se presentan también condiciones similares: la ansiedad de separación bordea el 12,7% de los casos; la depresión mayor y el trastorno obsesivo compulsivo con un 10,4% y la fobia específica con un 10%⁵¹. En cuanto a trastornos asociados a sustancias las cifras levantadas dan cuenta del siguiente detalle: la dependencia de la nicotina alcanza una representatividad del 6,3%, el trastorno por abuso de marihuana un 17,6%, el trastorno por abuso del alcohol un 4,1% y la dependencia del mismo un 0,5% de representatividad⁵².

Finalmente, las patologías analizadas en el estudio desarrollado por el Instituto de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile dan cuenta de la presencia de síndrome depresivo en un tercio de la población, elevándose en mujeres y en adolescentes a la mitad (51 y 50%, respectivamente). A su turno, un 55% de la muestra presenta sintomatología asociada a ansiedad y trastornos del sueño y que un 36% cuadros psicóticos y paranoicos⁵³. Sobre trastornos de personalidad no se muestran datos porcentuales, limitándose el estudio a determinar su relación con el uso o abuso de sustancias y alcohol⁵⁴.

En cuanto a patologías asociadas a dependencia en el uso de estupefacientes el indicador alcanza a un 50% de la población muestral (destacando el que la prevalencia en la población condenada bajo regímenes ambulatorios alcanza al 30%)⁵⁵, con un abuso previo al encarcelamiento de un 28% respecto a la marihuana y de un 14% respecto a la cocaína (con preeminencia de la pasta base)⁵⁶.

⁵⁰ RIOSECO et al., "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes", cit. nota n. 9, p. 195.

⁵¹ RIOSECO et al., "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes", cit. nota n. 9, p. 195.

⁵² Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, pp. 43 y 44.

⁵³ Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, pp. 71 y ss.

⁵⁴ Informe PUC, cit. nota n. 15, p. 34.

⁵⁵ Informe PUC, cit. nota n. 15, p. 35.

⁵⁶ Informe PUC, cit. nota n. 15, p. 24.

⁵⁷ Informe PUC, cit. nota n. 15, p. 23.

Se evidencia con ello lo que ya anticipamos: que las cifras que arrojan los estudios realizados son diversas a pesar de encontrarse cometidas a los mismos parámetros de medición (criterio de discapacidad DISC-D)⁵⁷. En cualquier caso, resultan igualmente superiores (y de manera importante) a las que presenta la población adolescente en general, mostrando una distribución también diversa.

La mayor prevalencia detectada en el grupo de control en el estudio de Rioseco et al. alcanza sólo al 5%, correspondiente al trastorno disocial y el déficit atencional con hiperactividad, seguidas de la depresión (4%)⁵⁸. Destaca, asimismo, que el abuso de sustancias o la dependencia de las mismas no supera el 2% en el caso del alcohol, siendo equivalentes al 1% en el ámbito de las drogas.

Vicente et al. describe el trastorno por ansiedad de separación como el más prevalente en la adolescencia con un 8,0%⁵⁹, seguido por los trastornos depresivos (5,9%) y asignando solo un 2,5% a los trastornos asociados a abuso de sustancias, valorados en conjunto⁶⁰.

Finalmente, las cifras asociadas a uso o abuso de sustancias (drogas o alcohol) en la población adolescente en general que entrega SENDA para el año 2010 son igualmente bajas en comparación con la prevalencia de las patologías asociadas que presenta la población reclusa⁶¹.

2.4.2. Enfoque de género

En cuanto al enfoque de género debemos dejar constancia que ninguno de los estudios nacionales entrega indicadores precisos acerca de las diferencias que presenta la población femenina evaluada, lo que parece motivado en su (escasa) representatividad en la muestra (que motiva dificultades evidentes para la validación). En Rioseco et al. los investigadores dejan constancia que a la fecha

⁵⁸ Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, p. 44.

⁵⁹ RIOSECO et al., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9, p. 195.

⁶⁰ VICENTE et al., “Epidemiología de trastornos mentales”, cit. nota n. 12, p. 969.

⁶¹ VICENTE et al. “Epidemiología de trastornos mentales”, cit. nota n. 12, p. 970.

⁶² SENDA, cit. nota n. 16. La prevalencia en el consumo de marihuana en la población adolescente muestra una tendencia a la baja desde 2008 (9,1%) a 2010 (5,3%). En paralelo se constata un leve incremento en la percepción de riesgo de consumo experimental en la misma población (p. 19). También el consumo de cocaína presenta en adolescentes una cifra decreciente (de un 1,0% en 2008 a un 0,4% en 2010) con una mayor prevalencia (significativa) en hombres que en mujeres (de 1,2% respecto de un 0,1%), algo similar a lo que acontece con la pasta base de cocaína (de 0,6% en 2008 a 0,3% en 2010 y 0,7% en hombres versus un 0,1% en mujeres) (pp. 21 y 22). La estimación de dependencia de marihuana en la población adolescente alcanza a un 20,2% en 2010 de entre la población que presenta algún consumo. Se trata de una cifra elevada considerando que indica que uno de cada cinco adolescentes que prueban la sustancia presentan sintomatología asociada a dependencia (p. 27). El consumo de alcohol en la población adolescente decae también de un 32,3% en 2008 a un 18,4% en 2010. El consumo de tabaco tiene a mantenerse, presentando en 23008 una cifra de prevalencia del 12,7% y en 2010 una que alcanza al 11,1% (p. 24).

del levantamiento de campo no existían adolescentes de sexo femenino privadas de libertad por razón de delito⁶², mientras que en el estudio de la Fundación Tierra de Esperanza la población de mujeres analizada fue proporcionalmente insignificante en el contexto total de la muestra (ocho en total, siete en Santiago y una en Graneros).

No obstante, en este último estudio y en el desarrollado por la Universidad Católica, los respectivos informes dan cuenta de datos asociados a particularidades de género a pesar de que no tienen reflejo concreto en un respaldo de indicadores equivalente al levantado respecto de la población en general. En concreto, en el estudio de la Universidad Católica se sostiene que las patologías analizadas presentan una mayor prevalencia entre las adolescentes mujeres (aumentando, además, con la edad)⁶³, mientras que en el estudio de la Fundación Tierra de Esperanza se arriba a idéntica conclusión (a pesar de determinar una prevalencia de patologías anual de 50% –centrada, en exclusiva, en el Centro de Régimen Cerrado de Santiago–), destacándose además que la muestra sólo arroja trastornos ansiosos y afectivos (con preeminencia de los primeros)⁶⁴.

Estas afirmaciones también resultan respaldadas por los datos que arroja el estudio de Vicente et al. respecto de la población infanto-adolescente en general. Por un lado, en cuanto se sostiene una cifra levemente superior en mujeres (17,1%) respecto de la población masculina (16,5%)⁶⁵, dando cuenta además de una mayor prevalencia de trastornos afectivos frente a la preeminencia de trastornos disruptivos en la población masculina^{66/67}.

2.4.3. Rendimiento/escolaridad

A todo ello cabe agregar que algunos estudios se encargan además de analizar factores asociados al rendimiento y la escolaridad. Así, por ejemplo, en el estudio desarrollado por Rioseco et al., se califica a la población infractora

⁶³ RIOSECO et al., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9, p. 194.

⁶⁴ Informe PUC, cit. nota n. 15, pp. 27 y ss.

⁶⁵ Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, pp. 99 y 121.

⁶⁶ VICENTE et al., “Epidemiología de trastornos mentales”, cit. nota n. 12, p. 968. La cifra se eleva a 27,5 usando el criterio de discapacidad A. Conviene destacar que esta cifra es inferior a la general (28,7), lo que contrasta con la tasa que expone el criterio D, lo que denota una mayor presencia de entidad en las patologías detectadas.

⁶⁷ VICENTE et al., “Epidemiología de trastornos mentales”, cit. nota n. 12, p. 971.

⁶⁸ Este dato aparece además confirmado en un estudio desarrollado en nuestro país dirigido por Cova, cuyos objetivos apuntan a la detección de la prevalencia de trastornos depresivos en infanto-juveniles de sexo femenino. En concreto, sus conclusiones confirman que los trastornos depresivos y la propia sintomatología aumentan (p. 611) y se incrementan en la adolescencia, especialmente en la población femenina, estabilizándose una vez superada la mayoría de edad (pp. 607, 609 y 612).

en ambos contenidos como deficitaria, con datos inferiores respecto a los que presenta el grupo de control. En concreto, presentan una escolaridad del 72% (respecto del 96% de la población control) y al menos una repetencia en el 83% de los casos⁶⁸. Las mediciones de inteligencia corroboran dicha tendencia: sólo un 16% de los adolescentes infractores alcanzó niveles promedio normales, mientras que el 78% restante muestran un potencial intelectual deficitario⁶⁹. Conviene tener en cuenta que en la población de control el 74% alcanza niveles normales, superándolo el 23%. Sólo un 3% califica como normal-lento. Dichos resultados son corroborados por el estudio llevado a cabo por la Fundación Tierra de Esperanza, en una evaluación de carácter general⁷⁰.

2.4.4. Comorbilidad

En el estudio de Rioseco et al. no se incluyen conclusiones referidas a comorbilidad. A la inversa, en el Informe de la Fundación Tierra de Esperanza se exponen dichos datos en forma diferenciada según grupos de patologías de base, mostrando cifras diversas según se ocupe como referencia a los trastornos ansiosos, afectivos, disruptivos, misceláneos y los asociados a sustancias⁷¹.

3. ESTUDIOS COMPARADOS

3.1. Antecedentes generales

Ahora bien, la realidad que ofrecen los modelos comparados muestra evidencias de un mayor interés por el desarrollo de estudios empíricos destinados a determinar y analizar la prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente recluida por razones de delito. No obstante ello, también es posible sostener que la evidencia difundida presenta caracteres relativos y parciales, siendo escasos los estudios que manifiestan pretensiones serias (respaldadas en términos metodológicos) de dar cuenta de la realidad nacional de sus respectivos sistemas. Así, por ejemplo, en Estados Unidos la percepción uniforme es más bien que se carece de datos validados con carácter general⁷².

⁶⁹ RIOSECO et al., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9, pp. 194-195.

⁷⁰ RIOSECO et al., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9, p. 197.

⁷¹ Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, pp. 118 y ss.

⁷² Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, pp. 72 y ss.

⁷³ Por todos, vid. TEPLIN et al., “Psychiatric Disorders”, cit. nota n. 48, p. 1134; SHUFELT, Jennie; COCOZZA, Joseph, “Youth with mental health disorders in the Juvenile Justice System: results from a Multi-State Prevalence study”, *Research and Program Brief del National Center for Mental Health and Juvenile Justice*, 2006, p. 1. En: <http://www.ncmhjj.com/pdfs/publications/PrevalenceRPB.pdf> [visitado el 9/03/2013].

Según Robertson et al., los estudios referidos a la población infanto-juvenil recién comienzan a aparecer en la década del '90⁷³, enfocándose el análisis de la población reclusa en solo cuatro Estados⁷⁴. Con posterioridad destaca el estudio desarrollado por Teplin et al. realizado sobre una muestra de poco más de 1800 adolescentes reclusos en el condado Cook de Illinois entre noviembre de 1995 y junio de 1998, y que es conocido como el “*Northwestern Juvenile Project*”⁷⁵. Asimismo, se cuenta con un estudio encomendado por el National Center for Mental Health and Juvenil Justice a Shufelt y Coccozza, dirigido a informar de cifras de prevalencia más comprensivas de la realidad nacional, extensivo a 1400 jóvenes de 29 centros ubicados en distintas zonas del país.

En otras latitudes se puede apreciar una caracterización similar. En el Reino Unido destaca el estudio encabezado por el Dr. Chitsabesan (2006) desarrollado por encargo de el Youth Justice Board en seis áreas representativas de la población de Inglaterra y Gales sobre una muestra de 300 adolescentes condenados (de los cuales sólo la mitad cumple condena privativa de libertad)⁷⁶. En la realidad de Australia y Nueva Zelanda destacan los estudios de Letters, et al. y el de Sawyer et al. (concentrándose en el desarrollo de un análisis comparativo entre los adolescentes en *prisión preventiva* –o su equivalente– y en la población en general). Este último destaca además por cuanto constituye el primero que utiliza la misma metodología para medir a la población adolescente reclusa y a la población en general⁷⁷.

La realidad iberoamericana es bastante menos alentadora. En España no existen experiencias relativas a la prevalencia de enfermedades de salud mental en la población privada de libertad, a excepción de un análisis acotado a la

⁷⁴ ROBERTSON, Angela; HUSAIN, Jonelle: “Prevalence of mental illness and substance among incarcerated juvenile offenders”, *Social Science Research Center de la Universidad estatal de Mississippi*, 2001, p. 3. En el mismo sentido, COCOZZA, J. J., / SKOWYRA, K., “Youth with mental health disorders: Issues and emerging responses. Juvenile Justice”, 2000, *Journal of the Office of juvenile justice and delinquency prevention*, Vol. 7, N°1, pp. 3-4. En: http://www.ncmhjj.com/pdfs/publications/Youth_with_Mental_Health_Disorders.pdf [visitado el 9/03/2013].

⁷⁵ Maryland (Shelton, 1998); Virginia (Virginia Policy Design Team, 1994), Georgia (Marsteller et al., 1997) and South Carolina (Atkins et al., 1999). ROBERTSON et al., “Prevalence of mental”, cit. nota n. 75, p. 4. Vid, asimismo, una breve reseña de sus resultados individuales en ROBERTSON et al., “Prevalence of mental”, cit. nota n. 75, pp. 4 y ss.

⁷⁶ TEPLIN et al., “Psychiatric Disorders”, cit. nota n. 48, p. 1134 y ss.

⁷⁷ CHITSABESAN et al., “Mental health needs”, cit. nota n. 48, p. 534.

⁷⁸ SAWYER, Michael G.; GUIDOLIN, Matthew; SCHULZ, Karen L.; MCGINNES, Bernie; ZUBRICK, Stephen; BAGHURST, Peter A., “The Mental Health and Wellbeing of Adolescents on Remand in Australia”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 44, 2010, p. 558.

población femenina⁷⁸, dedicándose, los escasos estudios existentes, a analizar la prevalencia de patologías en la población reclusa en general⁷⁹. En el contexto latinoamericano la literatura especializada sólo da cuenta de un estudio de prevalencia en salud mental de población privada de libertad desarrollado en el Perú (Oliveros y Ramírez) sobre un total de 100 adolescentes (no representativos de la realidad nacional), análisis que, por lo demás, da cuenta de resultados relativos (atendido a que sus conclusiones no se encuentran asociadas en exclusiva a patologías psiquiátricas, abordando aspectos asociados a escolaridad, educación, oportunidades sociales y consumo ocasional de sustancias o alcohol)⁸⁰.

Finalmente, debemos mencionar que existe un meta análisis relativo a la población juvenil privada de libertad desarrollado por Fazel et al., que toma como base los resultados de 25 evaluaciones desarrolladas entre fines de la década del '90 y principios de los años 2000, en Estados Unidos (15), Reino Unido (4), Australia (1), Rusia (1), Holanda (1), Dinamarca (1), Canadá (1) y España (1)⁸¹, completando una muestra total de 16.750 adolescentes privados

⁷⁹ OLIVAIN, Gonzalvo, “Estado de salud y nutrición de mujeres adolescentes delincuentes [Health and nutritional status of delinquent female adolescents]”, *Anales Españoles de Pediatría*, Vol. 56, 2002, pp. 116-120.

⁸⁰ La preocupación científica se ha orientado a la población general reclusa (Haro J., “Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España”, *Revista Médica Clínica*, Vol. 126 (Nº 12), 2006, pp. 445-451 en el año 2006, elaborado en base a la revisión de historias clínicas; y VICENS E., TORT V., DUEÑAS R.M., MUÑOZ A., PÉREZ-ARNAU F, ARROYO J.M., “The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. Criminal Behaviour and Mental Health”, *Crim Behav Ment Health*, 2011 jun 15. doi: 10.1002/cbm.815, en el año 2009 en base a el diagnóstico de una muestra de 707 internos), a la patología dual (CASARES-LÓPEZ, María José; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, Ana; BOBES-BASCARÁN, María Teresa; SECADES, Roberto; MARTÍNEZ-CORDERO, Andrés; BOBES, Julio, “Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario”, *Revista Adicciones*, 2011, Vol. 23, Nº1, pp. 37 a 44) y en particular a aquella que es derivada a recintos de atención de salud mental de carácter penitenciario (CALVO ESTOPIÑÁN P., SOLER GONZÁLEZ C., DÍA SAHÚN J.L., VENTURA FACI, T., “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados por el Servicio de Psiquiatría en el Módulo Penitenciario del H.U.M.S.”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 10, 2008, pp. 69-72); donde se concluyen las siguientes cifras generales: la prevalencia mayoritaria la presentan los diagnósticos referidos a trastornos de personalidad (22%), trastornos esquizofrénicos (16,3%), psicosis afectivas (6,5%) y dependencia alcohólica (6,5%) (p. 71).

⁸¹ Dejamos constancia de los datos propuestos: Los únicos resultados asociados dan cuenta de un 44% de casos en los que el adolescente presentó sintomatología asociada a comportamientos violentos; el 60% presenta agresiones propias o ajenas y consumo de drogas; el 40% manifiesta intentos de suicidio con un 12% que da cuenta de intentos serios. Dichas cifras se comparan con la presencia de comportamientos disociales en un 3,1% o 7,1% destacado en la población general en otros estudios. Vid. OLIVEROS, Miguel; RAMÍREZ B., Ricardo, “Trastornos de conducta y violencia en adolescentes en conflicto con la ley”, *Revista Diagnóstico*, Volumen 47, Nº 2, 2008, pp. 55-63.

⁸² FAZEL, Seena; DOLL, Helen; LÄNGSTRO, Niklas, “Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Meta-regression Analysis of 25 Surveys”, *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, Vol. 47, Nº 9, septiembre, 2008, p. 1012.

de libertad⁸². Atendida su naturaleza constituye un texto de referencia forzosa y principal.

Ahora bien, pareciera que la dedicación brindada a la población infanto-juvenil en general en esta materia se presenta en términos un poco más auspiciosos. Vicente et al. destacan, por ejemplo, los estudios de Anderson et al. en Nueva Zelanda; Bird et al. y Canino et al., en Puerto Rico, y McGree et al. y Puura et al. en Finlandia⁸³, todos los cuales proponen cifras con pretensiones de validez nacional. En Estados Unidos se han desarrollado estudios con pretensiones de validez nacional. Destaca el desarrollado por Merikangas et al. (2010) sobre una (baja) muestra representativa del nivel nacional⁸⁴; y los trabajos de Elizabeth Costello, en particular, el meta análisis extensivo a 26 estudios (con una población encuestada cercana a los 60.000 casos)⁸⁵ y también un (meta) estudio orientado a la revisión y sistematización de las experiencias publicadas en la década precedente⁸⁶.

Finalmente, también debemos dejar constancia de una mayor preocupación destinada a la evaluación de la población reclusa en general (adulto). Destaca en este plano el meta análisis de Fazel y Danesh⁸⁷ (sobre 62 estudios, abarcando una población reclusa de 23.000 internos), el desarrollo a nivel europeo de diversas evaluaciones destacando (por su extensión) el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)⁸⁸, como también el desarrollo previo de una exploración similar en Estados Unidos: el Epidemiologic Catchment Area (ECA)⁸⁹.

⁸³ FAZEL et al., "Mental Disorders Among", cit. nota n. 83, p. 1015. Las características sociodemográficas de la muestra global se detallan en pp. 1012 y ss.

⁸⁴ VICENTE et al. "Epidemiología de trastornos mentales", cit. nota n. 12, p. 965.

⁸⁵ MERIKANGAS, Kathleen Ries; HE, Jian-ping; BURSTEIN, Marcy; SWANSON, Sonja A.; AVENEVOLI, Lihong Cui, SHELLI BENJET, Corina; GEORGIADIS, Katholiki, SWENDSEN, Joel, "Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A)", *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, Vol. 49 (Nº 10) octubre 2010, pp. 980 y ss.

⁸⁶ COSTELLO Elizabeth .J /SCHOWALTER, John E., "Developments in child psychiatric epidemiology", *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, Vol. 28 (Nº 6), 1989, pp. 836 y ss.

⁸⁷ COSTELLO, Egger, FOLEY, Debra, ANGOLD, Adrian, "10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden", *Journal of de American Cademy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol 44 (Nº 10), october 2005, pp. 974 y ss.

⁸⁸ FAZEL, Seena; DANESH, John, "Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys", *The Lancet*, Vol. 359, febrero de 2002, pp. 454 y ss.

⁸⁹ ALONSO J. COMPLETE et al., "Health Service, Research Unit. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project: an epidmio-logical basis for informing mental health policies in Europe. Acta Psychiatr", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 109, Suppl. 420, pp. 5-7.

⁹⁰ REGIER et al, p. 2511.

3.2. Resultados

El resultado que puede extraerse de las experiencias centradas en la prevalencia de la población adolescente privada de libertad no es muy diverso en global al que arroja la revisión de los estudios nacionales (a pesar de las diferencias poblacionales, caractereológicas y metodológicas concurrentes): se confirma una importante mayor prevalencia de patologías (o, cuando menos, de sintomatología clara) de salud mental en comparación a los indicadores que arroja la población infanto-juvenil en general; se confirma, asimismo, una amplia variabilidad en la distribución de las diversas patologías en el orden de prevalencia de los diversos estudios y realidades; se confirma una mayor prevalencia en adolescentes de sexo femenino y una preeminencia de trastornos afectivos, respecto de la población masculina; y, finalmente, se confirma también un elevado índice de comorbilidad.

3.3. Índices de prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente privada de libertad

En particular, en el estudio de Fazel, et al. se determina que entre un 40% y un 70% de los adolescentes que entran en contacto con el sistema de administración de justicia penal presenta algún desorden asociado a una patología de salud mental⁹⁰, cifra que el mismo estudio define como “*sustancialmente superior*” a la que presenta la población de edad equivalente en general⁹¹. Dicho indicador aparece también confirmado (en sus extremos superiores) respecto de la realidad norteamericana en el estudio de Teplin et al. (Illinois), en el que se sitúa la prevalencia de patologías mentales en la población adolescente privada de libertad en una cifra que supera los 2/3 de la población masculina (66%) y las tres cuartas partes de la población femenina (75%)⁹². En el estudio de Shufelt y Coccozza la cifra se sitúa en el 70,4% de los casos⁹³ (bajando a un 61,8% si se excluyen las patologías asociadas a uso o abuso de sustancias⁹⁴). El estudio detalla incluso que aun si se excluyen los trastornos de conducta (en atención a que son parte del comportamiento adolescente común) cerca del 60% de los hombres y dos tercios de las mujeres, presentan igualmente algún diagnóstico psiquiátrico⁹⁵.

⁹¹ FAZEL, et al., “Mental Disorders Among”, cit. nota n. 83, p. 1010.

⁹² FAZEL, et al., “Mental Disorders Among”, cit. nota n. 83, p. 1016.

⁹³ TEPLIN et al., “Psychiatric Disorders”, cit. nota n. 48, p. 1133.

⁹⁴ SHUFELT Y COCOZZA, “Youht with mental”, cit. nota n. 74, p. 2.

⁹⁵ SHUFELT Y COCOZZA, “Youht with mental”, cit. nota n. 74, p. 3.

⁹⁶ TEPLIN et al., “Psychiatric Disorders”, cit. nota n. 48, p. 1137.

Ambas investigaciones dan cuenta de cifras cercanas a la mitad de hombres y mujeres que presentan además un trastorno asociado al abuso de sustancias. Esto último, y la presencia de trastornos disruptivos de comportamiento, son las patologías que en dichas evaluaciones presentarían una mayor prevalencia en la realidad norteamericana⁹⁶.

Estas importantes cifras dan cuenta de un fenómeno que también es constatado a nivel conceptual (no estandarizado) en otros estudios⁹⁷. Una cifra similar a la sostenida por Fazel et al. y Teplin et al. se menciona en el estudio desarrollado por Desai et al.⁹⁸, proponiendo una tasa de prevalencia del 65%⁹⁹. En Daniel se cita un estudio del Departamento de Justicia en el que se sostiene que más de la mitad de la población reclusa presenta problemas de salud mental (cifrando el mismo dato en un 11% respecto de la población en general)¹⁰⁰. El comité de la adolescencia de la American Academy of Pediatrics sostiene igualmente que la población juvenil reclusa presenta un alto riesgo de padecer una necesidad de atención psiquiátrica, o problemas de abuso de sustancias, en rangos muy superiores a los que son propios de la población en general¹⁰¹, índice que también sitúan en “*más de la mitad*” de la población¹⁰².

En diversos estudios se destaca, además, un incremento en las tasas de prevalencia de patologías psiquiátricas¹⁰³, lo que contribuiría a que el problema haya influido decisivamente en una modificación de la configuración del

⁹⁷ TEPLIN et al., “Psychiatric Disorders”, cit. nota n. 48, p. 1135.

⁹⁸ En la medida en que se revisan los estudios publicados se puede advertir que son realmente pocos los estudios estandarizados que dan cuenta del fenómeno. Así lo sostienen Teplin, et al., “Psychiatric Disorders”, cit. nota n. 48, p. 1134; DESAI, Rani / GOULET, Joseph / ROBBINS, Judith / CHAPMAN, John / MIGDOLE, Scott / HOGE, Michael, “Mental Health Care in juvenile detention facilities: A review”, *Journal of the American Academy Psychiatry Law*, Vol. 34, 2006, p. 206

⁹⁹ DESAI, et al., “Mental Health Care”, cit. nota n. 99, p. 204.

⁹⁹ DESAI, et al., “Mental Health Care”, cit. nota n. 99, p. 206. Se afirma incluso que los estudios más conservadores son igualmente concluyentes.

¹⁰¹ DANIEL, Anasseril E., “Care of mentally ill in prisons: Challenges and solutions”, *Journal of the American Academy Psychiatry Law*, Vol. 35, 2007, p. 406.

¹⁰² COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, cit. nota n. 5, pp. 1219 y 1223.

¹⁰³ COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, cit. nota n. 5, pp. 1223.

¹⁰³ Por todos, DANIEL, “Care of mentally”, cit. nota n. 102, p. 406. Hace excepción a este respecto el análisis expuesto por el comité de la adolescencia de la American Academy of Pediatrics, en el cual se destaca que los indicadores de los estudios recientes dan cuenta de cifras porcentuales de prevalencia inferiores a las detectadas en los años 90, fluctuantes entre el 45,7% y el 70,4% (COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, cit. nota n. 5, p. 1224).

tratamiento en salud mental al interior del sistema penal (y en la percepción de sus funciones preventivas)¹⁰⁴.

Esta elevada cifra se confirma en términos menos llamativos en la realidad Británica. En el estudio de Chitsabesan et al. se determina necesidades de atención en salud mental en el orden del 31% de los casos, de los cuales un 29% presenta comportamientos de riesgo¹⁰⁵. Destaca también el que un 11% presenta problemas asociados al abuso de alcohol y un 20% problemas de abuso de drogas^{106/107}.

Si bien esta menor prevalencia podría explicarse por el hecho de que dicho estudio incluye población condenada que cumple una pena en medio libre, dicha cifra aparece corroborada en otro estudio desarrollado por Gunn, en el que se propone un indicador cercano al 37%¹⁰⁸. Aun bajo dicho supuesto es claro

¹⁰⁴ En los sistemas de influencia anglo/americana existe en la actualidad una imagen de esta problemática que le asigna un lugar preponderante a los problemas de salud mental en el origen, juzgamiento y tratamiento del delito cometido por adolescentes, lo que ha llevado a algunos a sostener que se han superado los paradigmas asociados al joven-depredador (securitarismo) y, sobre todo, el de la rehabilitación (STATHIS, Stephen; MARTIN, Graham, “A Transdisciplinary Approach to Adolescent Forensic Mental Health”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 38, 2004, p. 747; COCOZZA / SKOWYRA, “Youth with mental”, cit. nota n. 75, p. 5). Es un hecho que en dichas realidades las problemáticas de salud mental se encuentran hoy en día en el centro de la intervención penal dirigida a adolescentes (GRISSE, Thomas, “Progress and perils in the juvenile justice and mental health movement”, *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 135, 2007, pp. 159 y ss.), llegando a sostenerse que una primera visión de los modelos de intervención puede dejar la impresión de que las cárceles juveniles parecen más bien hospitales psiquiátricos (GRISSE, “Progress and perils”, cit. nota n. 106, p. 158). Se ha llegado a señalar que la cárcel presenta ventajas comparativas pues el contexto del encierro facilita la administración de medicación no voluntaria, la generación de unidades terapéuticas y la presencia de objetivos similares o coincidentes entre la intervención penitenciaria (en cuanto a prevenir la recaída o recidivismo) y la terapéutica (DANIEL, “Care of mentally”, cit. nota n. 102, p. 408 y 409; DESAI, et al., “Mental Health Care”, cit. nota n. 99, p. 204.). Dicho proceso también ha alcanzado a los centros de detención de adolescentes en Inglaterra y Gales, donde la óptica del tratamiento en salud mental ha ido ganando terreno como modalidad de intervención, en un proceso que se inicia con la llegada del siglo XXI, influyendo incluso en las propias resoluciones judiciales, además de expandir la oferta en salud mental al interior de los centros (CHITSABESAN, “Mental health needs”, cit. nota n. 48, p. 534). La discusión sobre la naturaleza de la detención (asegurativa del proceso, de la pena o funcional al tratamiento terapéutico) se plantea hoy en día fuertemente, considerando también el campo de la detención preventiva (Desai, et al., “Mental Health Care”, cit. nota n. 99, p. 206).

¹⁰⁶ CHITSABESAN et al., “Mental health needs”, cit. nota n. 48, pp. 534, 536 y 538.

¹⁰⁷ CHITSABESAN et al., “Mental health needs”, cit. nota n. 48, p. 536.

¹⁰⁷ Llama la atención que estas cifras se planteen en este caso a pesar de que el informe del *centro de salud mental* destaca que Inglaterra y Gales presentan las mayores tasas de prisionización en Europa del Occidental.

¹⁰⁹ GUNN et al., “Treatment needs”, cit. nota n. 4, pp. 338 y 340.

que las tasas son igualmente muy superiores a las que presenta la población en general, premisa que avala el Centre of Mental Health¹⁰⁹.

Respecto de la realidad de Australia y Nueva Zelanda, el estudio de Letters, et al. determina que al menos un 60% de la población reclusa presenta sintomatología asociada a patologías mentales¹¹⁰, aproximándose en sus resultados al estándar propuesto en el meta análisis de Fazel et al. y en la realidad norteamericana. Se indica, además, (con base a un estudio diverso) que la comorbilidad con el uso o abuso de drogas o alcohol presenta una cifra superior al 30% de los casos¹¹¹. Dichos parámetros son similares a los que propone el estudio de Sawyer et al., concluyéndose que un 50% de los privados de libertad superan el nivel que lleva al diagnóstico de sintomatología patológica (versus un 18,9% que se encuentra en similares condiciones en la población en general)^{112/113}.

3.4. Índices de prevalencia en patologías de salud mental en la población en general

Los datos de la población adolescente en general que arrojan los demás estudios tampoco son muy diversos. Conforme al meta análisis dirigido por Costello, la prevalencia fluctúa en rangos que varían entre un 3% y un 18% (2006), cifra que se sitúa en un 12% en el meta estudio y sistematización de las experiencias publicadas en la década precedente¹¹⁴. En similares términos, Cocozza (Ed.) lo radica entre el 14% y el 20%. El estudio de Robertson propone cifras idénticas (entre el 14% y el 20%), resaltando que dicho indicador alcanza entre un 9% y un 13% en caso de diagnosticarse un problema psiquiátrico (con base en otro estudio desarrollado por Friedmann)¹¹⁵. Finalmente, el estudio desarrollado por Desai, et al.¹¹⁶ se inclina por proponer una cifra única que sitúan en un 16,5%. Esta cifra (16,5%, con un rango entre el 6,2% y el 41,3%) también aparece respaldada por el comité de la adolescencia de la American Academy of Pediatrics,

¹¹⁰ "Mental health care and the criminal justice system", 2011.

¹¹¹ LETTERS, Paul; STATHIS, Stephen, "A Mental Health and Substance Abuse Service for a Youth Detention Centre", *Australias Psychiatry*, 2004, Vol. 12, p. 126.

¹¹² LETTERS, et al., "A Mental Health", cit. nota n. 112, p. 126.

¹¹³ SAWYER et al., "The Mental Health", cit. nota n. 79, p. 551.

¹¹⁴ Es llamativo en este estudio el que se incluya, además, un test de autopercepción sobre el particular, arrojando resultados que indican que el 69,7% de la población reclusa cree padecer una patología de salud mental. SAWYER et al., "The Mental Health", cit. nota n. 79, p. 557

¹¹⁵ COSTELLO / FOLEY / ANGOLD, "10-Year Research", cit. nota n. 88, pp. 974 y ss.

¹¹⁶ ROBERTSON, et al., "Prevalence of mental", cit. nota n. 75, p. 2.

¹¹⁷ DESAI, et al., "Mental Health Care", cit. nota n. 99, p. 206.

remitiéndose para ello al estudio desarrollado por Roberts et al. (con base en la información disponible en la literatura de los años 90's).¹¹⁷

El estudio desarrollado por Merikangas et al. (2010) se sitúa en los extremos superiores de estos rangos, proponiendo una prevalencia global de trastornos con alteraciones graves (o angustia) del orden del 22,2%, (11% con trastornos de ánimo, 8,3% con trastornos de ansiedad y 9,6% con trastornos de conducta)¹¹⁸.

Vicente, et al. destacan una franja de prevalencia de patologías en la población general que fluctúa entre en el 17 y el 20% en los estudios comparados (dando cuenta de la revisión de las cifras de Nueva Zelanda, Finlandia y Puerto Rico)¹¹⁹.

De esta forma, se confirma que los índices parecen ubicarse en promedio en cifras que no alcanzan a un tercio de las que presenta la población adolescente privada de libertad, constituyendo un fenómeno que es igualmente reconocido en la población condenada (privada de libertad) adulta¹²⁰.

3.5. Patologías en particular

Como anticipamos, no resulta homogénea la distribución de las patologías en los diversos estudios, ya sea porque los resultados son diversos, las metodologías de medición también lo son o, finalmente, porque se opera en cada caso en base a objetivos que determinan énfasis diversos. En el meta análisis de Fazel, se destacan las cifras asociadas a psicóticos (3,7%%), desórdenes depresivos mayores (entre un 11% y un 29%); y déficit atencional con hiperactividad (entre un décimo de hombres y un quinto de mujeres) patología que propone la mayor prevalencia¹²¹. Según Teplin et al., la mayor prevalencia radica en los trastornos asociados al abuso de sustancias (50%), seguidas de cerca (con un 40%) por los trastornos disruptivos de comportamiento. Más atrás se ubican los trastornos afectivos (especialmente en mujeres) que alcanzan cifras del orden del 20% a un 25% (en específico en

¹¹⁸ COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, cit. nota n. 5, pp. 1223. El estudio de referencia corresponde a ROBERTS RE, ATTKISSON CC, ROSENBLATT A., “Prevalence of psychopathology among children and adolescents”. *Am J Psychiatry*, 1998; 155(6):715–725. Este mismo estudio sitúa el rango de la población reclusa entre un 50% y un 100%.

¹¹⁹ MERIKANGAS et al., “Lifetime Prevalence”, cit. nota n. 86, p. 986.

¹²⁰ VICENTE, et al., “Epidemiología de trastornos mentales”, cit. nota n. 12, p. 965.

¹²¹ TEPLIN et al., “Psychiatric Disorders”, cit. nota n. 48, p. 1133.

¹²² FAZEL et al., “Mental Disorders Among”, cit. nota n. 83, p. 1015-6. Dichas cifras dan cuenta de una prevalencia que es 10 veces superior a la de la población adolescente en general en psicosis; entre 2 y 4 veces superior en déficit atencional y 4 ó 5 veces superior en trastornos depresivos de mujeres y el doble en hombres (p. 1016).

torno a trastornos depresivos)¹²². Conforme al estudio de Shufelt y Coccozza, la mayor prevalencia la presentan los trastornos disruptivos (46,5%), seguidos muy de cerca por aquellos que se asocian al consumo de sustancias (46,2%), desórdenes ansiosos (34,4%) y trastornos de ánimo (18,3%)¹²³.

Por su parte, el Comité de la Adolescencia de la American Academy of Pediatrics también sostiene indicadores que sitúan la mayor prevalencia en trastornos asociados al consumo de sustancias: se indica que un 85% de la población reclusa presenta serios problemas asociados al uso y abuso de drogas (contrastada con un 40% de prevalencia en la población adolescente en general), mientras que se determina que un 74% de la población reclusa hace uso de alcohol (frente al 56% que presenta la población en general)¹²⁴.

Confirma esta prioridad el estudio de Desai, et al., situando los desórdenes asociados a abuso de sustancias en cifras que van desde el 47% al 50%. Le siguen los trastornos asociados a comportamientos disruptivos (con una fluctuación de entre el 28% al 41%), los desórdenes ansiosos (entre el 21% y el 31%), y, finalmente, los desórdenes afectivos (entre un 19% y un 28%). Se agrega a ello la fijación de una tasa asociada a stress post traumático (asociado a la prisionización) que va del 11% al 14%¹²⁵.

En el estudio de Robertson et al. (concentrado en la comorbilidad) también se detallan indicadores individuales, radicando la mayor prevalencia en los trastornos de conducta (43% en hombres y 32% en mujeres), seguidos por las patologías disruptivas (39%) y los trastornos asociados al abuso de sustancias (con un rango que fluctúa entre el 20% y el 32%). Mas atrás se ubica el síndrome depresivo (22%), los trastornos de ansiedad (19%), el déficit atencional con hiperactividad (10%) y, finalmente, los desórdenes psicóticos (1% a 2%)¹²⁶.

En cuanto al abuso de sustancias, se detalla que el uso de alcohol presenta una prevalencia (dentro del grupo) situada en un 76,4% (25,4% de la población general reporta una ingesta dura); la nicotina un 72,7% (frente al 4,7% de la población general que reporta un uso diario); la marihuana un 75,3% (frente a un 36,3% de la población general); la cocaína un 10,7% (frente a un 5,7% de la población general)¹²⁷. Se destaca además que un elevado número, en cada caso, reporta dificultades como consecuencia del uso/abuso de sustancias¹²⁸.

¹²³ TEPLIN et al., "Psychiatric Disorders", cit. nota n. 48, p. 1133.

¹²⁴ SHUFELT Y COCOZZA, "Youht with mental", cit. nota n. 74, p. 2.

¹²⁵ COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, cit. nota n. 5, pp. 1223 y 1224.

¹²⁶ DESAI, et al., "Mental Health Care", cit. nota n. 99, p. 206.

¹²⁷ ROBERTSON / HUSSAIN, "Prelavence of mental", cit. nota n. 75, p. 27.

¹²⁸ ROBERTSON / HUSSAIN, "Prelavence of mental", cit. nota n. 75, p. 23.

¹²⁹ ROBERTSON / HUSSAIN, "Prelavence of mental", cit. nota n. 75, p. 24.

En Inglaterra y Gales el estudio de Gunn Et. Al destaca un 2% de prevalencia en psicosis, un 6% en neurosis, un 10% en desordenes de personalidad, y un 23% respecto a desórdenes asociados a abuso de sustancias que presentan la mayor cifra porcentual¹²⁹, confirmando la tendencia mayoritaria de los estudios norteamericanos. Según el informe del *Centro de Salud Mental*, dicha prioridad la ocupan los trastornos de personalidad que alcanzan a un 66% (contrastando fuertemente con los datos que arroja la población general que sólo se muestran en un 5,3% de casos). Le siguen la dependencia de drogas y los trastornos depresivos y ansiosos, que presentan un 45% de prevalencia (frente al 13,8% y 5,2% que presenta la población general, respectivamente); finalmente, la dependencia del alcohol alcanza el 30% de los casos (respecto de un 11,5% en la población general), concluyendo con las psicosis que se presenta en un 8% de casos (frente a un 0,5% en la población general).

Por último, en Australia destacan las cifras expuestas en el estudio de Sawyer et al., quienes sostienen que un 24,5% presenta sintomatología asociada a comportamientos agresivos (cifra que en la población general no supera el 7,5%). Le siguen los problemas asociados a déficit atencional que presentan una prevalencia del 24,1% (versus un 6,7% en la población en general), y los trastornos depresivos o ansiosos, con un 19,5% (versus un 6,7% en la población en general)¹³⁰.

3.6. Comorbilidad

Según Teplin et al., la mitad de los hombres y poco menos de las mujeres presentan comorbilidad asociada a un trastorno por abuso de sustancias¹³¹, índice que es confirmado en el estudio de Robertson et al. (que propone un 54% a un 56% de comorbilidad), incluyendo la concurrencia múltiple de trastornos mentales o adictivos¹³², con un índice promedio que fluctúa entre el 66% y el 85% de casos positivos¹³³. Dicho indicador constituye un estándar constante en los estudios preliminares (que el mismo Robertson cita como referencia)¹³⁴. En el estudio de Shufelt y Coccozza la cifra se eleva al 79% de los casos¹³⁵.

¹³⁰ GUNN, et al., “Treatment needs”, cit. nota n. 4, p. 338 y 340.

¹³¹ SAWYER et al., “The Mental Health”, cit. nota n. 79, p. 555

¹³² En el mismo sentido COCOZZA / SKOWYRA, “Youth with mental”, cit. nota n. 75, p. 6.

¹³³ ROBERTSON / HUSSAIN, “Prevalence of mental”, cit. nota n. 75, p. 2.

¹³⁴ ROBERTSON / HUSSAIN, 2001, “Prevalence of mental”, cit. nota n. 75, p. 27. El informe da cuenta de la tasa comparativa respecto de los estudios previos desarrollados en la década de los '90 (Maryland, Virginia, Georgia y Carolina del Sur), que arrojan un indicador que fluctúa entre el 53% y el 77%.

¹³⁵ ROBERTSON / HUSSAIN, 2001, “Prevalence of mental”, cit. nota n. 75, p. 4.

¹³⁶ SHUFELT Y COCOZZA, “Youth with mental”, cit. nota n. 74.

La cifra baja a un 45,5% si se sustraen del análisis las patologías asociadas a abuso de sustancias conforme lo detalla el informe del comité de la adolescencia de la American Academy of Pediatrics¹³⁶, siendo necesario ampliar las investigaciones hacia la realización de estudios longitudinales de comorbilidad para determinar la interacción de varios factores o patologías^{137/138}. En el estudio de Desai, et al. dicha cifra se eleva hasta un 75% de los casos¹³⁹.

En Australia la comorbilidad entre salud mental y uso o abuso de drogas es reconocida a nivel nacional, constituyendo un foco de preocupación pública que determina la presencia de servicios especializados de atención a los adolescentes privados de libertad¹⁴⁰. Letters, et al. la sitúa en cifras más bajas, que bordean el 30%¹⁴¹. En el caso de Sawyer et al., la comorbilidad en general (no solo asociada al uso o abuso de sustancias o alcohol) se sitúa en un 57% de mujeres y en torno al 46 % de los hombres¹⁴².

3.7. Género

Como anticipamos, los estudios parecen coincidir en que la prevalencia de patologías mentales, porcentualmente consideradas, es superior en mujeres que en hombres. Así se sostiene en el informe del Comité de la Adolescencia de la American Academy of Pediatrics¹⁴³. Conforme a las conclusiones expuestas en el estudio de Fazel, et al. el riesgo de presentar un cuadro patológico en las adolescentes de sexo femenino es entre 10 y 20 veces superior al que presenta la población en general, mientras que en hombres dicho indicador alcanza sólo a la primera de dichas cifras (10 veces superior)¹⁴⁴, conclusión que igualmente se destaca en Teplin, et al.¹⁴⁵.

¹³⁷ COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, cit. nota n. 5, p. 1224.

¹³⁸ FAZEL, et al., "Mental Disorders Among", cit. nota n. 83, p. 1017.

¹³⁹ Hay que ser, por ello, cauteloso en el análisis de las cifras, pues la mayoría de los estudios a nivel mundial referidos a esta materia se basan en diagnósticos que al menos sostienen casos (en su mayoría) de comorbilidad o casos en que se mezcla la patología con el uso/abuso de sustancias. Vid. COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, cit. nota n. 5, p. 1224.

¹⁴⁰ DESAI, et al., "Mental Health Care", cit. nota n. 99, p. 206

¹⁴¹ LETTERS, et al., "A Mental Health", cit. nota n. 112, p. 126.

¹⁴² LETTERS, et al., "A Mental Health", cit. nota n. 112, p. 126.

¹⁴³ SAWYER et al., "The Mental Health", cit. nota n. 79, p. 552

¹⁴⁴ COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, cit. nota n. 5, p. 1225.

¹⁴⁵ FAZEL et al., "Mental Disorders Among", cit. nota n. 83, p. 1016.

¹⁴⁶ TEPLIN, et al. "Psychiatric Disorders", cit. nota n. 48, p. 1133; y en ABRAM / TEPLIN, "Posttraumatic Stress disorder", cit. nota n. 49, pp. 403 y ss.

Fazel et al. también destacan la mayor presencia de trastornos depresivos, respecto de lo que sucede con la población adulta y general¹⁴⁶, caracterización que igualmente es compartida en el informe del comité de la adolescencia de la American Academy of Pediatrics (con particular presencia de trastornos de ánimo y desórdenes ansiosos)¹⁴⁷ y en Shufelt y Coccozza (avalado en cifras referidas a diversas patologías)¹⁴⁸.

En Australia esta afirmación también goza de pleno reconocimiento (lo destacan, concretamente, Stathis y Martin¹⁴⁹). En el estudio de Sawyer et al. (que parte del diagnóstico sostenido en Fazel et al.) se sostiene, además, que la población femenina presenta una mayor dificultad para internalizar los problemas de salud mental que la población masculina¹⁵⁰, haciendo notar que los casos de comorbilidad más llamativos se hacen presente entre la población adolescente femenina¹⁵¹.

La misma conclusión se sostiene respecto de la población adolescente en general¹⁵².

3.8. Intento suicida

Los estudios comparados también incluyen una asociación entre el diagnóstico de patologías de salud mental y su correlación con los intentos de suicidio. En el estudio de Robertson et al. se informa una tasa de intento suicida de un 9,3%¹⁵³. En forma similar, el comité de la adolescencia de la American Academy of Pediatrics determina que 1/5 de la población que diagnostica alguna patología (cifrada en un 50%) se encuentra en esta misma condición¹⁵⁴.

En Australia el estudio de Sawyer et al. determina indicadores más preocupantes. Se concluye que la presencia de intento serio de suicidio alcanza a un 19,1% de la población adolescente reclusa (por sobre el 4,3% que presenta en la

¹⁴⁷ FAZEL, et al., “Mental Disorders Among”, cit. nota n. 83, p. 1010.

¹⁴⁸ COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, cit. nota n. 5, p. 1225.

¹⁴⁹ SHUFELT Y COCOZZA, “Youht with mental”, cit. nota n. 74, p. 4.

¹⁵⁰ STATHIS / MARTIN, “A Transdisciplinary”, cit. nota n. 106, p. 747.

¹⁵¹ SAWYER et al., “The Mental Health”, cit. nota n. 79, p. 552.

¹⁵² SAWYER et al., “The Mental Health”, cit. nota n. 79, p. 552. Así, por ejemplo, en el estudio de Dixon se determina que un 78% de la población reclusa adolescente de sexo femenino presenta sintomatología referida, al menos, a tres patologías diversas.

¹⁵³ Vid. ALAÉZ FERNÁNDEZ, Máximo; MARTÍNEZ-ARIAS, Rosario; RODRIGUEZ-SUTIL, Carlos, “Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género”, *Psicothema*, Vol. 12, N° 4, pp. 525 y 529.

¹⁵⁴ ROBERTSON / HUSSAIN, “Prevalence of mental”, cit. nota n. 75, p. 24.

¹⁵⁵ COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, cit. nota n. 5, p. 1223.

población en general)¹⁵⁵, con una mayor prevalencia en la población femenina¹⁵⁶. La cifra indica que se requiere tratamiento específico por dicha condición en un 5,3% de los casos (versus un 0,9% que arroja la cifra respecto de la población en general)¹⁵⁷.

3.9. Rendimiento/escolaridad

No es usual que en los estudios analizados se incluyan referencias asociadas al rendimiento escolar y la capacidad intelectual de los adolescentes condenados. Como excepción, en el estudio de Chitsabesan et al. se establece sintéticamente que uno de cada cinco presenta también desadaptaciones en el proceso de aprendizaje¹⁵⁸.

4. CONCLUSIONES GENERALES

La revisión de las investigaciones previas, tanto nacionales como internacionales, permite sistematizar las siguientes apreciaciones:

1. En general son escasas las experiencias destinadas a dar cuenta de la prevalencia de patologías mentales en adolescentes privados de libertad. En Chile, son, hasta la fecha (previo al estudio en el se inserta esta contribución), inexistentes.
2. En cuanto a metodología, destaca el uso de instrumentos altamente estructurados para el desarrollo de este tipo de aproximaciones, en particular el DISC – IV (que arroja resultados conforme a la categorización de enfermedades propuesta en el DSM-IV)^{159/160} en atención a que constituye un instrumen-

¹⁵⁶ SAWYER et al., "The Mental Health", cit. nota n. 79, p. 556.

¹⁵⁷ SAWYER et al., "The Mental Health", cit. nota n. 79, p. 556.

¹⁵⁸ SAWYER et al., "The Mental Health", cit. nota n. 79, p. 552.

¹⁵⁹ CHITSABESAN et al., "Mental health needs", cit. nota n. 48, p. 534.

¹⁶⁰ Para una descripción del instrumento, vid. SHAFFER, D., FISHER, P., LUCAS, C., DULCAN, M., Y SCHWAB-STONE, M., "NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses", *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, Vol. 39, 2000, pp. 28-38.

¹⁶¹ Si bien buena parte de su valoración positiva radica en su elevado nivel de estructuración –además de su validación (TEPLIN et al., "Psychiatric Disorders", cit. nota n. 48, p. 1135)–, dicho carácter ha motivado un conjunto de observaciones críticas asociadas a las necesidad de complementar sus resultados con una perspectiva clínica (FAZEL, et al., "Mental Disorders Among", cit. nota n. 83, pp. 1016 y ss.). En ese mismo sentido llama la atención que en los estudios llevados a cabo en el Reino Unido (Ej. CHITSABESAN, et al., "Mental health needs", cit. nota n. 48, p. 535; GUNN, et al., "Treatment needs", cit. nota n. 4, p. 339) se ocupen herramientas semiestructuradas o directamente clínicas. En el estudio de ROBERTSON / HUSSAIN, "Prevalence of mental", cit. nota n. 75 (p i y 12 y 15), se complementa el Adolescent Psychopathology Scale (APS) con una entrevista clínica, a los mismos objetivos.

to que presenta una elevada confiabilidad en su verificación (test-retest), tanto en su versión original como en la de lengua española¹⁶¹. La literatura destaca, además, que constituye una herramienta que presenta numerosas ventajas en los análisis referidos a la evaluación de niños y adolescentes en general¹⁶².

En Chile su utilización es generalizada¹⁶³, destacando también que en el meta análisis de Fazel et al. se da cuenta de un importante uso a través de los estudios que le sirvieron de fuente¹⁶⁴. En la misma línea, el Comité de la Adolescencia de la American Academy of Pediatrics pone de relieve que en los estudios posteriores al año 2000 se recurren generalizadamente a dicho instrumento¹⁶⁵.

3. También en el ámbito metodológico, resulta indispensable destacar que la posibilidad de comparar los resultados de los diversos estudios existentes es altamente compleja¹⁶⁶. Las limitaciones que presenta cada estudio, referidas a la aproximación metodológica¹⁶⁷, el uso de instrumentos no estandari-

¹⁶² Inicialmente, la validación se desarrolla en Puerto Rico (Vid. BRAVO, Milagros; RIBERA, Julio; RUBIO-STIPEC, Maritza; CANINO, Glorisa; SHROUT, Patrick; RAMÍREZ, Rafael; FÁBREGAS, Lizbeth; CHÁVEZ, Ligia; ALEGRÍA, Margarita; BAUERMEISTER, José; MARTÍNEZ TABOAS, Alfonso, “Test-Retest Reliability of the Spanish Version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV)”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 29, N° 5, 2001, pp. 433-444) existiendo un trabajo posterior desarrollado en Argentina (Mendoza) con el mismo objetivo a cargo de Kunst Gabriel.

¹⁶² En COVA et al. “Prevalencia de trastornos depresivos”, cit. nota n. 5, p. 610), se destaca que “se trata de una de las entrevistas más empleadas actualmente en la investigación internacional en epidemiología psiquiátrica infantojuvenil”. Por todos, MOLINA MORENO, Antonio, “Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes”, *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, Vol. 2, número 1, 2001, pp. 28 y ss.

¹⁶³ VICENTE et al. “Epidemiología de trastornos mentales”, cit. nota n. 12, p. 966; RIOSECO et al. “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes”, cit. nota n. 9, p. 193, Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, pp. 33 y ss.; con la única excepción del estudio de ARAYA et al. donde se utiliza el Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R) (p. 229). También se utiliza para la medición en la población infanto-adolescente en general en COVA et al., “Prevalencia de trastornos depresivos”, cit. nota n. 5, p. 609. Debemos, además, destacar que se encuentra validado en Chile, respecto de la población infanto-juvenil en general (investigación a cargo de SALDIVIA) con una sensibilidad del 62% y especificidad del 80%. Al respecto, vid. Informe Tierra de Esperanza, cit. nota n. 5, p. 34.

¹⁶⁴ FAZEL, et al., “Mental Disorders Among”, cit. nota n. 83, p. 1012.

¹⁶⁵ En la p. 1224. Se ocupa el DISC-IV, entre otros, en los estudios de ABRAM / TEPLIN, et al. “Posttraumatic Stress disorder”, cit. nota n. 49, p. 403 y ss.; y TEPLIN, et al., “Psychiatric Disorders”, cit. nota n. 48, pp. 1133 y 1135.

¹⁶⁶ GRISSO (“Progress and perils”, cit. nota n. 106, p. 158) destaca que la prevalencia puede ser mayor o menor según como se defina el concepto de enfermedad mental y como se trate, es decir, como se conceptualice en un determinado sistema jurídico.

¹⁶⁷ Así, por ejemplo, para algunos estudios el diagnóstico es independiente de la trastorno del comportamiento (en tanto propia de la adolescencia), mientras que en otros se considera dicho indicador. En concreto, el Comité de la Adolescencia de la American Academy of Pediatrics entiende que los datos de

zados, diversos (en uno y otro caso), contextualizarse en muestras que no presentan características sociodemográficas comparables, referidas, por lo demás, a campos no generalizables (estado, localidad, época o tiempo de medición), poblaciones diversas desde la perspectiva muestral (sólo adolescentes con patologías o muestra general; adolescentes detenidos, procesados o condenados, centrados en la población que padece comorbilidad, etc.) hacen que dicha tarea resulte imposible¹⁶⁸. También incide la escasez de estudios y el que ello también afecta (de igual manera) a los referentes de contraste (estudios relativos a la prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente en general)¹⁶⁹. No en vano los propios autores del estudio de Fazel et al. reconocen limitaciones metodológicas derivadas de la diversa caracterización de las múltiples investigaciones usadas como fuente¹⁷⁰. Que las cifras se presenten en rangos de relativa amplitud en los diversos estudios¹⁷¹ y las diferencias en la fijación concreta de las patologías más prevalentes son, en parte, consecuencia de ello.

Se deben agregar, además, algunos datos explicativos adicionales. Primero se debe tener en cuenta las diferencias culturales y de costumbres que presenta la población de los diversos países. En el análisis de Sthatis se destaca que ello afecta directamente la posibilidad de realizar análisis comparativos o meta análisis que consideren como fuente estudios comparados, aun y cuando presenten similitudes en aspectos parciales¹⁷². En segundo lugar, también incide negativamente en la validación de los datos levantados la

los estudios de Teplin et al. ("Psychiatric Disorders", cit. nota n. 48) y Coccozza, J. J. ("Responding to the Mental Health Needs of Youth in the Juvenile Justice System", Publicaciones de The National Coalition for the Mentally Ill in the Criminal Justice System, Seattle, 1992, p. 1224), arrojan cifras no comparables en cuanto el 60,9% y 66,3% que proponen como indicadores de prevalencia (respectivamente), se sostiene obviando el análisis de trastornos de conducta.

¹⁶⁸ TEPLIN et al., "Psychiatric Disorders", cit. nota n. 48, p. 1137; COMITÉ DE LA ADOLESCENCIA DE LA AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, cit. nota n. 5, pp. 1223. En el mismo sentido, ABRAM / TEPLIN, et al., "Posttraumatic Stress disorder", cit. nota n. 49, pp. 403 y ss.; Chitsabesan et al., "Mental health needs", cit. nota n. 48, p. 534. (UK).

¹⁶⁹ Lo concluye respecto de análisis referidos a la población infanto-juvenil en general COVA, et al., "Prevalencia de trastornos depresivos", cit. nota n. 5, p. 611, si bien se trata de una afirmación sostenida en forma previa a la elaboración del estudio de VICENTE et al. "Epidemiología de trastornos mentales", cit. nota n. 12; y FAZEL, et al., "Mental Disorders Among", cit. nota n. 83, p. 1011.

¹⁷⁰ FAZEL et al., "Mental Disorders Among", cit. nota n. 83, p. 1011.

¹⁷¹ Es un hecho que los resultados son poco consistentes. Las cifras de los estudios de la década de los '80 en Estados Unidos fluctúa en los desordenes afectivos entre el 2% y el 88%, mientras que en el abuso de sustancias varía de un 13% a un 88% (TEPLIN et al., "Psychiatric Disorders", cit. nota n. 48, p. 1134).

¹⁷² STATHIS / MARTIN, "A Transdisciplinary", cit. nota n. 106, p. 747, específicamente criticando el estudio de TEPLIN et al. ("Psychiatric Disorders", cit. nota n. 48) en cuanto a considerar población Australiana y Americana (esta última, por lo demás, sobre representada).

incidencia traumática que conlleva la propia privación de libertad, entendida en términos amplios (todos los riesgos que conlleva el encierro en prisión y no solo los aspectos asociados estrictamente a la condición de aislamiento individual)¹⁷³.

4. No obstante ello, las conclusiones ofrecidas por cada una de las experiencias sistematizadas parecen ofrecer intuiciones bastante certeras por saturación: es un hecho que la patología de salud mental en la población adolescente privada de libertad presenta siempre una prevalencia muy superior a la que evidencia la población adolescente en general¹⁷⁴. Las cifras, incluso en los análisis más conservadores, suele (cuando menos) triplicar a la estimación general.
5. A este respecto, se puede observar que las cifras levantadas en nuestro país son coincidentes en los rangos superiores con aquellas que propone la realidad comparada¹⁷⁵.
6. Los análisis uniformemente presentan también índices igualmente elevados de co-morbilidad, sea respecto de patologías asociadas al abuso de sustancias o a patologías de salud mental en general; asimismo, es uniforme la comprensión de que la población femenina presenta índices levemente superiores a la población masculina y que se concentran en ella las patologías afectivas. Esto último solidifica la necesidad de medir en particular este segmento poblacional, con independencia de su baja representatividad estadística, considerando en particular, además, el que no existen datos específicos en nuestro país.
7. Finalmente, las consideraciones antedichas confirman la necesidad de que el sistema de administración de las condenas privativas de libertad se haga cargo de implementar los dispositivos y procedimientos que permitan enfrentar esta problemática en forma seria, considerando sus caracteres, el que constituye un deber jurídico y una contribución de cara a los objetivos preventivos confiados a la justicia penal.

¹⁷³ Concluyente GRISSO, “Adolescent Offenders”, cit. nota n. 47, p. 143.

¹⁷⁴ En el mismo sentido COCOZZA / SKOWYRA, “Youth with mental”, cit. nota n. 75, p. 5.

¹⁷⁵ Esta misma apreciación se contiene en el estudio de VICENTE, et al. “Epidemiología de trastornos mentales”, cit. nota n. 12, p. 971, destacan asimismo que las cifras nacionales son superiores a las que presentan los estudios comparados analizados.