

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control

Prevalence of psychiatric disorder among juvenile offenders. Case-control study

Pedro Rioseco S.¹, Benjamín Vicente P.¹, Sandra Saldivia B.^{1,3},
Félix Cova S.^{2,3}, Roberto Melipillán A.^{1,4} y Patricia Rubi G.¹

Introduction: The juvenile delinquency has grown worldwide in alarming form in the last time, a multicausality is recognized in the origin of this phenomenon, but it becomes necessary to identify the importance of each one of this causes, and its specific impact in the time. **Objective:** To identify individual, educational and family factors associated with criminal conduct in a sample of adolescent offenders. **Method:** Observational study, crosssectional, of case-control. From a universe of adolescents between 12 years old and 17 years with 11 months and 30 days, offenders, imprisoned in penal or protection institutions, a convenience sample of 100 adolescents was chosen, which was equalled in gender, age range, and socioeconomic level with a control group of the same size. To both groups a battery of instruments, DISC IV, WISC-R or WAIS, and the Family History Screen, was applied. **Results:** During the 12 months prior to the study 64% of the offenders and 18% of the controls presented a psychiatric diagnosis. Among the offenders the most prevalent disorder were conduct disorder (46.99%), abuse of alcohol (26%) and dependence of other substances (18%); among the control group the most prevalent were attentional deficit disorder (5%) and conduct disorder (5%). There are statically significant differences between both groups when measuring the intellectual level of functioning, 31% of the offenders were in the rank of borderline and 34% of controls were classified as low average. **Conclusions:** Lower intellectual capacity, school failures, number of sexual partners and conduct disorder were the variables that better predicted inclusion in the group of juvenile offenders.

Key words: Adolescents, criminal conduct, psychiatric prevalence, associated factors.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (3): 190-200

Recibido: 23 de marzo de 2009
Aceptado: 3 de junio de 2009

Fuentes de apoyo a la investigación: FONDECYT 1070516
Potenciales conflictos de interés. Ninguno

- ¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Concepción, Chile.
- ² Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Chile.
- ³ Doctor en Psicología.
- ⁴ Psicólogo.

Introducción

La violencia juvenil resulta desde hace varios años inquietante en nuestra región, por el incremento sostenido que ha sufrido en el último tiempo. Esto no ha ocurrido sólo en América Latina –región especialmente marcada por la violencia– sino que se observa también a nivel mundial. En el año 2000, de acuerdo a datos entregados por la OMS¹, se produjeron a nivel mundial unos 199.000 homicidios de jóvenes (9,2 por 100.000 habitantes).

Desde hace varios años se viene discutiendo sobre las causas de los comportamientos antisociales de los jóvenes, considerándose finalmente la *multicausalidad* del fenómeno, por lo cual se hace necesario identificar la ponderación de cada una y su impacto específico en el tiempo. En caso contrario se llega a concluir que sólo los cambios estructurales en materia social, que constituyen el núcleo de muchos problemas, son los únicos relevantes para la prevención.

Sobre la edad de inicio de las conductas disociales, Fréchette et Leblanc² identificaron varios períodos en los cuales pueden comenzar en los menores de edad, pero sin duda la preadolescencia parece ser una edad privilegiada para el ingreso a la delincuencia gracias al contexto de crecimiento disarmónico a menudo presente, en el cual se mezclan aspectos de la infancia y manifestaciones de contestación, de oposición más típicas de la adolescencia.

Corsi y Peyrú³, plantean que hay distintas formas de violencias sociales que crecen y se multiplican a un ritmo acelerado. Estas conductas resultan disruptivas y amenazan el proceso de integración en el que los adolescentes incorporan nuevas capacidades y aptitudes. En medio de este revolucionario período de cambio personal los adolescentes intentan formar su propio espacio y son vulnerables a las conductas de violencias que los rodean. En este período también se transforma la relación con el poder adulto, reelaborándose conceptos e imágenes de sí mismo y del mundo, para llegar a formar su propia identidad.

Los estudios internacionales indican la exis-

tencia de factores de riesgo⁴ asociados al desarrollo del comportamiento delictivo en jóvenes y que en algunos casos resultan útiles para construir perfiles de riesgo que orienten la focalización de políticas preventivas.

El desarrollo de los individuos no se da en forma aislada⁵, y necesariamente se relaciona con una compleja red de sistemas interconectados, como la escuela, la familia, los grupos de pares y otras instituciones o situaciones que influyen en forma directa o indirecta en su desarrollo y cuyas características pueden convertirse tanto en factores protectores como de riesgo.

Los factores relacionados con la conducta delictiva juvenil pueden ser clasificados en 6 ámbitos de procedencia, de acuerdo a un continuo que va desde el nivel individual hasta el nivel sociocultural⁶, dejando de lado el concepto de que la sola exclusión social sería uno de los principales o más bien único factor importante.

Así, junto a los factores asociados al entorno que inciden sobre la probabilidad de que un joven cometa ilícitos o desarrolle comportamientos violentos, los factores de carácter individual inciden igualmente en el fenómeno. Es lo que Farrington⁷ llama "**potencial criminal**", partiendo de la premisa que existen diferencias individuales en la predisposición al comportamiento criminal que se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo y en diferentes tipos de ambiente. Este potencial criminal dependería de procesos que los fomenten, que los impulsen y que los inhiban, como también de procesos cognitivos, observándose importantes diferencias individuales. Sin embargo, investigaciones muestran que los que más determinan la comisión de los actos son los procesos inhibidores a nivel individual⁸.

Los **factores individuales** que más relevancia tienen son aquellos de *carácter psicológico*, dentro de los cuales tienen mayor significancia la impulsividad, hiperactividad, el débil control personal, un nivel de inteligencia bajo y falta de concentración. La hiperactividad diagnosticada ha sido relacionada en forma importante con trastornos de conducta⁹⁻¹².

Rutter¹³, señala entre las características que harían más vulnerables a los jóvenes a incurrir en actos delictivos a la hiperactividad, baja inteligencia, agresividad temprana, bajo autocontrol-impulsividad- alta distractibilidad, irreflexividad sobre los efectos negativos del comportamiento, alta tendencia a tomar riesgos, a atribuir la responsabilidad de su comportamiento a fuerzas externas y a sentir que el mundo es para el propio beneficio, extrema confianza en si mismo, pereza en el ejercicio del pensamiento crítico, tendencia a interpretar al mundo como un lugar hostil, y abuso de drogas y alcohol.

Diversas investigaciones¹⁴⁻¹⁷, han constatado que el mayor factor predictivo de violencia en jóvenes y adultos reclusos en centros penitenciarios es el trastorno de personalidad antisocial o psicopatía; y aunque Hart y Hare¹⁸ hallaron que sólo una minoría de las personas admitidas en un centro psiquiátrico penitenciario eran psicópatas, muchos de los pacientes reclusos mostraban un número de síntomas antisociales significativos.

El diagnóstico de la *psicopatía*, o personalidad antisocial¹⁹⁻²¹, suele resultar tan complejo que no son pocos los científicos que niegan su existencia. Sin embargo, lo que queda claro es que existen personas que no sufren problemas mentales y que se comportan de un modo singular, cuya personalidad y conducta están fuertemente alteradas, por lo menos, en tres vertientes, la de *relaciones interpersonales*, en el *plano afectivo* y en la *conducta*.

En la búsqueda de las *influencias biológicas*, un estudio realizado en Dinamarca²² reveló que el 80% de los jóvenes detenidos por delitos de violencia se encontraba en la categoría más alta de complicaciones en el momento del parto. Otros han señalado la importancia del período perinatal en el fenómeno²³. Un estudio realizado en Estados Unidos en 1993²⁴ descubrió que las complicaciones durante el parto predecían comportamientos violentos cuando uno de los progenitores tenía antecedentes de enfermedad mental. Otros estudios sugieren que el nerviosismo y la ansiedad están relacionados negativamente con

la violencia, así como la hiperactividad con déficit de atención, otras comorbilidades psiquiátricas²⁵⁻²⁷, la discapacidad de aprendizaje, el desarrollo deficiente de la habilidad motora, complicaciones prenatales y perinatales, anomalías físicas menores y traumatismo craneoencefálico⁷⁻⁹.

Intentando determinar las influencias genéticas, Rowe²⁸ estudió la probabilidad de heredar la conducta antisocial en la adolescencia, utilizando 265 parejas de gemelos. Las correlaciones entre parejas para el grado de conducta antisocial admitida fueron de alrededor de 0,64 para los gemelo monocigotos y de 0,49 para los dicigotos, comprobándose entonces una influencia genética significativa, pero sin desconocer que el entorno común del hogar tiende a socializar a los dos gemelos de cada pareja de igual manera. En síntesis, el autor señala que las posibilidades de heredar la conducta antisocial era de 0,30. Lyyken²⁹ explica estos resultados señalando que las características psicológicas más básicas que hacen que a los niños les cueste socializar y que conducen a la delincuencia, como una temeridad relativa, agresividad, búsqueda de estímulos, constitución muscular y un coeficiente intelectual por debajo de la media, también están muy influidos por la variación genética.

En cuanto a la influencia de los *factores de riesgo de tipo social*, se ha prestado especial atención a la influencia que ejerce el *sistema familiar*³⁰ de niños y jóvenes en el desarrollo de conductas delictivas. Existirían varias formas en que las características familiares influyen en el desarrollo posterior de este tipo de comportamientos de riesgo^{31,32}: pobreza familiar, involucramiento familiar en conductas delictivas, abuso y negligencia, gran tamaño de la familia (con más de 4 hijos) y familias monoparentales.

La importancia de la *influencia del grupo de pares* ha sido descrita en numerosos estudios. Jóvenes que exhiben conductas delictivas tienden a tener amigos igualmente involucrados. En principio, todos los comportamientos se aprenden en un contexto social.

En relación a los *factores escolares*, diversos estudios chilenos³³⁻³⁵ han descrito que al menos la

mitad de los jóvenes infractores tenía un nivel escolar básico incompleto derivado del abandono escolar temprano por problemas conductuales.

Como *factores de riesgo socioeconómicos* se han identificado fundamentalmente dos: las desventajas socioeconómicas y el desempleo juvenil. La pobreza ha sido asociada al estrés familiar, el que impactaría la capacidad de los padres para responder adecuadamente ante problemas y necesidades de sus hijos.

Conocer con precisión los probables factores que conllevan este tipo de actos, con énfasis en las conductas psicopatológicas, puede ser útil para diseñar acciones preventivas.

Método

Tipo de estudio: Observacional, transversal, de caso-control.

Universo: Jóvenes adolescentes de entre 12 y 17 años, 11 meses y 30 días, infractores de ley, ingresados a instituciones penitenciarias o de protección en la provincia de Concepción.

Muestra: Se realizó un muestreo de conveniencia, con una muestra de 100 adolescentes infractores de ley y 100 adolescentes en el grupo control, pareados por rango de edad y nivel socioeconómico.

Criterios de inclusión:

1. Grupo en estudio: Adolescentes de ambos sexos, de entre 12 y 17 años, 11 meses y 30 días al momento de ingresar al estudio, con antecedentes de haber infringido la ley, que se encontraban en alguna de las dependencias del sistema judicial, ya sea a cargo de Gendarmería o del Servicio Nacional de Menores (SENAME).
2. Grupo control: Adolescentes entre 12 y 17 años, 11 meses y 30 días, integrados al sistema formal de educación, sin antecedentes delictuales (autorreporte o informado por terceros).

Criterios de exclusión:

1. Presentar discapacidad física.

2. Pertenencia a etnia mapuche, incluidos aquellos que presenten ambos apellidos mapuches o que tengan autoconcepto de pertenencia.

Instrumentos:

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV). Entrevista altamente estructurada diseñada para ser usadas por no clínicos y que permite reconocer la presencia de patología mental³⁶. La confiabilidad del test-retest del DISC-IV ha sido informado tanto en muestras clínicas para hispanoparlantes como para angloparlantes y produjeron resultados comparables^{36,37}.

La *Weschler Intelligence Scale for Children (WISC-R)* y *Weschler Adult Intelligent scale (WAIS)* fueron usadas para la medición de inteligencia. Su aplicación fue realizada por estudiantes del último curso de psicología.

*Family History Screen (FHS)*³⁸ Instrumento usado para obtener un historial psiquiátrico de los familiares de primer grado de cada adolescente.

Normas éticas

El proyecto recibió la aprobación del comité de ética de la Universidad de Concepción y de CONICYT. Los adolescentes identificados fueron invitados a participar del estudio junto a su familia. Si ambas partes aceptaban el consentimiento explícito fue recogido para el adolescente y para su cuidador responsable ante la instancia institucional correspondiente a través de un formulario. La información acerca de la identidad de los jóvenes, su condición clínica y la resultante de los instrumentos aplicados fue resguardada. En aquellos casos en que se pesquisó patología psiquiátrica se informó a los padres/cuidadores, garantizando en todo momento absoluta confidencialidad de la información.

Procedimiento

La identificación del marco muestral requirió el contacto con la institución SENAME, a cuyo cargo permanecían los adolescentes infractores de ley. Una vez identificada la muestra se seleccionaron los controles que fueron extraídos de un

liceo técnico subvencionado de la comuna de Concepción. Los datos fueron tomados en las respectivas instituciones por entrevistadores capacitados y por alumnos de último año de la carrera de psicología de la Universidad de Concepción.

Procesamiento de datos

Los datos recogidos en instrumentos tipo "papel y lápiz" fueron digitados con una doble entrada e incorporada al archivo maestro, junto con los resultados de WISC-R/WAIS y de diagnósticos psiquiátricos, obtenidos del análisis del DISC-IV con sus respectivos algoritmos. La información contenida en el archivo maestro generó un número cercano a las 400 variables lo que fue revisado por el grupo investigador y resumido o colapsado en aproximadamente 50, para permitir un análisis estadístico multivariante válido, considerando que se disponía sólo de 200 sujetos.

Posteriormente, la aplicación del algoritmo *random forests*^{39,40} se llevó a cabo empleando el lenguaje R2.8.1. Al momento de especificar los parámetros de ajuste del algoritmo se estableció como número de árboles a ser construidos un total de 10000, mientras que se estableció en 6 el número de predictores a ser seleccionados aleatoriamente al momento de construir cada nodo de los árboles.

Resultados

Se completó la muestra de 100 casos obteniéndola directamente de los Centros de Rehabilitación Conductual (CERECOs) de Concepción, instituciones dependientes del SENAME. No fue posible incorporar mujeres ya que durante todo el período de recolección de información no había infractoras en los centros incorporados al estudio. La muestra de 100 adolescentes controles fue seleccionada de entre los alumnos del Instituto Superior de Comercio de Concepción (INSUCO), pareados según edad y nivel socioeconómico con la muestra de adolescentes infractores.

A todos los adolescentes de la muestra se les aplicó la batería de instrumentos propuestos (Tabla 1).

Variables individuales

Edad. La media de edad para ambos grupos era de 16 años, con una mediana y un rango similar (16 y 14-17 respectivamente).

Escolaridad. El rendimiento académico comparativo de los infractores es claramente menor y la conducta es calificada por ellos mismos como buena o regular en la mayoría de los casos (82%) lo que es prácticamente igual a la opinión de los adolescentes escolarizados (96%). El 100% de los controles asistían regularmente a clases mientras que sólo el 72% de los infractores estaba escola-

Tabla 1. Batería de instrumentos aplicados en el estudio

Instrumento	Propósito
• DISC IV (<i>Diagnostic Interview Schedule for children</i>)	Diagnóstico psiquiátrico
• WAIS-WISC	Inteligencia
• Cuestionario de Estilo de Vida adaptado	Información sobre actitudes y conductas en el ámbito escolar y laboral
• CTS (<i>Conflict Tactic Scales</i> adaptada)	Información sobre maltrato infantil
• UNOCCA-CS (Versión de la Universidad de Puerto Rico)	Comportamiento Sexual
• FHS (<i>Family History</i>)	Antecedentes psiquiátricos en familiares directos. Incluye depresión, suicidio, drogas, alcohol, ansiedad, conducta antisocial

rizado al momento del estudio. El total de los controles cursaba entre 1° y 4° de enseñanza media, lo que resultaba esperable por el rango de edad, en cambio el 63% de los infractores no habían alcanzado la enseñanza media. La imagen que los controles tienen de sus profesores es regular o buena en prácticamente el total de la muestra, en cambio un 30% de los infractores la considera mala o pésima.

Sólo un 19% de los controles presenta el antecedente de repitencia, comparado con el 83% de los infractores, quienes además han repetido más de una vez en la mayoría de los casos. La mayoría de los adolescentes infractores que no estaban estudiando habían sido expulsados de la escuela.

Trabajo. El 53% del grupo en estudio refería haber trabajado alguna vez, comparado con el 36% de los controles. No hay diferencias en cambio en la edad promedio en que los dos grupos trabajaron por primera vez, la que alcanza a los 14 años. El trabajo más frecuente, en ambos grupos, fue de empaquetador en algún supermercado.

Comportamiento Sexual. El 90% de los infractores ha tenido relaciones sexuales alguna vez y 4 de ellos tenían entre 1-3 hijos. Los controles no tienen hijos y refieren haber tenido experiencia sexual en un 22% de los casos.

Nivel Intelectual. Los resultados de la medición de coeficiente intelectual se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Evaluación intelectual de la muestra

Clasificación de inteligencia	Casos %	Controles %	Total %
Retardo	13,0		6,5
Limítrofe	31,0		15,5
Normal lento	34,0	3,0	18,5***
Normal promedio	16,0	74,0	45,0***
Normal superior		21,0	10,5
Superior		2,0	1,0
Muy superior			

*p < 0,05; *p < 0,01; ***p < 0,001

Prevalencia de trastornos psiquiátricos. Los resultados más relevantes del estudio de trastornos psiquiátricos en ambos grupos se presentan en las Tablas 4 y 5. Los resultados se presentan como diagnóstico clínico y sumado a la presencia de criterios de discapacidad. Éstos surgen de la propia percepción de los sujetos en el sentido de evaluar cuánto interfiere el conjunto de síntomas o entidad nosológica con su funcionamiento global y se resumen en la Tabla 3. Destaca la elevada prevalencia de patología (64%) en el grupo de infractores comparado con los controles (18%). Prácticamente la mitad del grupo en estudio presenta trastornos de conducta o disocial (46,9%).

Variables familiares y socioeconómicas. El 38% de los infractores y el 69% de los controles viven con ambos padres, no siendo la diferencia estadísticamente significativa. Sí lo es aquella que existe entre un 27% de infractores que al momento de su detención vivía con otro familiar, lo que sólo ocurría con el 4% del grupo control. La media de miembros del grupo familiar es más alta en el grupo de infractores (5,2 versus 4,7). El 72% de los controles refiere sentirse "querido y apoyado por ambos padres", lo que disminuye a un 51% en el grupo de casos. Destaca además un 2% de infractores que se declara casado o en convivencia.

En relación a antecedentes de violencia y maltrato, el 87% de los controles y el 88% de los casos refieren haber vivido algún tipo de violen-

Tabla 3. Definición de criterios de discapacidad

✓ Algunas veces	Intermedio
✓ La mayoría del tiempo	Severo
✓ Intenso	Intermedio
✓ Muy Intenso	Severo
✓ Criterio A	1 Criterio (Intermedio o Severo)
✓ Criterio B	2 Criterios (Intermedio o Severo)
✓ Criterio C	1 Criterio Severo
✓ Criterio D	C o B

Tabla 4. Prevalencia de 12 meses de trastornos psiquiátricos en los adolescentes infractores de ley, según criterio DSM-IV (DISC-IV)

Diagnóstico	DISC-IV		DISC-IV + Criterio de discapacidad A		DISC-IV + Criterio de discapacidad D	
	n	%	n	%	n	%
Trastorno por ansiedad generalizada	6	6,0	2	2,0	2	2,0
Ansiedad de separación	16	16,0	14	14,0	10	10,0
Fobia social	4	4,0	2	2,0	2	2,0
Trastorno depresivo mayor	2	2,0	2	2,0	2	2,0
Déficit atencional con hiperactividad	2	2,0	2	2,0	2	2,0
Trastorno disocial	70	71,4	56	57,1	46	46,9
Trastorno oposicionista desafiante	16	16,0	16	16,0	4	4,0
Dependencia de alcohol	18	18,0	14	14,0	12	12,0
Abuso de alcohol	42	42,0	38	38,0	26	26,0
Dependencia de marihuana	32	32,0	26	26,5	16	16,3
Abuso de marihuana	24	24,5	12	12,0	10	10,2
Dependencia nicotina	24	26,1	6	6,5	6	6,5
Dependencia de otras sustancias	26	26,0				
Abuso de otras sustancias	26	26,0				
Cualquier diagnóstico DSM-IV	90	90,0	84	84,0	64	64,0

Tabla 5. Prevalencia de 12 meses de trastornos psiquiátricos en los adolescentes controles, según criterio DSM-IV (DISC-IV)

Diagnóstico	DISC-IV		DISC-IV + Criterio de discapacidad A		DISC-IV + Criterio de discapacidad D	
	n	%	n	%	n	%
Trastorno por ansiedad generalizada	11	11,0	2	2,0	1	1,0
Ansiedad de separación	6	6,0	5	5,0	3	3,0
Fobia social	3	3,0	3	3,0	3	3,0
Trastorno depresivo mayor	8	8,0	8	8,0	4	4,0
Déficit atencional con hiperactividad	7	7,0	6	6,0	5	5,0
Trastorno disocial	9	9,0	6	6,0	5	5,0
Trastorno oposicionista desafiante	3	3,0	3	3,0	1	1,0
Dependencia de alcohol	4	4,0	2	2,0	2	2,0
Abuso de alcohol	14	14,0	7	7,0	2	2,0
Dependencia de marihuana	2	2,0				
Abuso de marihuana	2	2,0	1	1,0	1	1,0
Dependencia nicotina	3	3,1	1	1,0	1	1,0
Dependencia de otras sustancias						
Abuso de otras sustancias						
Cualquier diagnóstico DSM-IV	41	41,0	29	29,0	18	18,0

cia psicológica, teniendo como fuente directa la madre para ambos grupos, 82% para los casos y 63% para los controles. En los primeros destaca un 42% que reporta como fuente de la violencia psicológica al tutor. El antecedente de violencia física es reportado por el 56% de los controles y el 67% de los casos, siendo también la madre la fuente más frecuente de la agresión; en ambos grupos el 1% reporta haber consultado varias veces a servicios sanitarios por este motivo y el 4% de cada grupo señala haber acudido a Carabineros o a tribunales por esta causa.

Variables asociadas al delito. La edad del primer delito sólo pudo determinarse con certeza en 20 de los adolescentes infractores y el rango es amplio, variando entre los 8 y los 17 años. En el 70% de los casos se registra reincidencia y la mitad de los infractores se encontraba condenado al momento del estudio, mientras el resto estaba en la condición legal de imputado. Las sanciones que los infractores recibían al momento del estudio implicaban mayoritariamente no estar privados de libertad. Sólo un 20% estuvo internado, de estos 10 en régimen cerrado y 10 en régimen semicerrado.

Discusión

La conducta delictual en adolescentes ha alcanzado en los últimos años importante connotación social que han motivado, inclusive, reformas en el sistema procesal que ha visto disminuir la edad de imputabilidad de los adolescentes en la búsqueda de una respuesta represiva frente a la presencia del delito.

Si bien el estudio presentado indaga en un conjunto de variables psicopatológicas, psicológicas y sociológicas eventualmente presentes en los adolescentes con conducta delictual, buscando una mirada comprehensiva al estudio del fenómeno, presenta limitaciones que es preciso explicitar. La principal es la extracción del grupo control de entre un universo de adolescentes escolarizados, decisión basada en las dificultades para diseñar y recoger datos de una muestra similar, es decir, de adolescentes no escolarizados

y que no presenten conducta delictual, pero que sin duda coloca como elemento diferenciador de ambos grupos a una variable ampliamente reportada como factor de riesgo para la presencia de conducta delictual. Una segunda limitación es la inclusión en la muestra sólo de adolescentes hombres, quienes muy probablemente muestran diferencias y particularidades respecto de sus pares mujeres.

Los resultados permiten identificar una elevada presencia de patología psiquiátrica en el grupo de jóvenes infractores, resultados referidos a prevalencia de 12 meses. Cerca de la mitad de la muestra de infractores presenta un trastorno disocial (46,9%), aún aplicando los criterios más estrictos de discapacidad percibida. Si sólo se consideraran el criterio clínico, la frecuencia alcanza al 71,4% de la muestra, ambos valores muy distante del 5% y 9%, respectivamente, que se observa en el grupo de los controles.

Un segundo grupo de diagnósticos de elevada frecuencia son aquellos asociados a consumo de sustancias, evidenciando la estrecha relación que parece existir entre esta conducta y la comisión de delitos. Las prevalencias son elevadas; el abuso de alcohol alcanza a uno de cada cuatro infractores de ley y las prevalencias de dependencia al alcohol y a cannabis llegan al 12% y 16%, respectivamente, amén de un 10,2% de abuso de marihuana; resultados que han de mirarse teniendo en consideración la edad media de la muestra—que alcanza a los 16 años— y que están marcadamente por encima del 1% y 2% de las prevalencias observadas en el grupo control.

Finalmente, resulta llamativa la diferencia en la distribución de la capacidad intelectual entre ambos grupos. Mientras el 74% de los adolescentes escolarizados alcanza un rango de inteligencia normal, un 23% está por sobre esta clasificación y sólo un 3% está catalogado como normal lento. En contraposición, el 16% de los adolescentes institucionalizados fue evaluado con una inteligencia normal promedio y el 78% está dentro de categorías de clasificación que reflejan un potencial intelectual deficitario. Los resultados vienen a confirmar la asociación entre intelecto y

conducta delictual, a la vez que da cuenta de la necesidad de intervenciones preventivas tempranas que apunten a disminuir el déficit establecido en la temprana infancia.

Conclusiones

- Se observa una mayor presencia de trastornos psicopatológicos en el grupo de infractores,

con elevada prevalencia de trastorno disocial y abuso de sustancias y una menor capacidad intelectual.

- Consistentemente, también se observa un menor rendimiento escolar global.
- No se observan diferencias entre los grupos en relación al auto-reporte de haber sufrido violencia y/o maltrato ni en la presencia de antecedentes psiquiátricos en sus familiares directos.

Resumen

La delincuencia juvenil ha crecido en forma alarmante. Se reconoce en el origen del fenómeno una multicausalidad, pero se hace necesario identificar y ponderar eventuales causas y medir su impacto específico. Objetivo: Identificar prevalencias de patología psiquiátrica y variables individuales, educacionales y familiares asociadas con conductas delictivas en una muestra de adolescentes infractores de ley. Método: Estudio observacional, transversal, de caso-control. De un universo de adolescentes entre 12 y 17 años, infractores, reclusos en instituciones penales o de protección, se eligió una muestra por conveniencia de 100 sujetos y una muestra control pareada por edad y nivel socioeconómico. A ambos grupos se aplicó una batería de instrumentos, incluyendo DISC-IV, WISC-R ó WAIS, Cuestionario de Estilos de Vida y FHS. Resultados: Un 64% de los adolescentes infractores de ley y 18% de sus pares, presentaban algún diagnóstico psiquiátrico durante los doce meses previos a la entrevista. Los cuadros más prevalentes en los adolescentes infractores son trastorno disocial (46,9%), abuso de alcohol (26%) y dependencia a otras sustancias (18%). En los adolescentes no infractores son más prevalentes el déficit atencional con hiperactividad (5%) y el trastorno disocial (5%). Hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la medición de coeficiente intelectual, un 31% de infractores está en el rango de inteligencia limítrofe y un 34% en normal lento. Conclusiones: Menor capacidad intelectual, antecedentes de repitencia, mayor número de parejas sexuales y presencia de un trastorno disocial son las variables que mejor predicen la pertenencia al grupo de adolescentes infractores de ley.

Palabras clave: *Adolescentes, conducta criminal, patología psiquiátrica, factores asociados.*

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la violencia y la salud, Capítulo 2: La violencia Juvenil, 2003.
2. Fréchette et Leblanc, *Délinquances et délinquants*. Gaëtan Morin, Montréal 1987.
3. Corsi J, Peyrú G. Violencias Sociales. Editorial Planeta/Ariel. Buenos Aires, Argentina. 2003.
4. Green A, Gesten E, Greenwald M A, Salcedo O. Predicting Delinquency in Adolescence and Young Adulthood: A Longitudinal Analysis of Early Risk Factors, Youth Violence and Juvenile Justice, Oct 2008; 6: 323-42.

5. Bottinelli M. Herederos y Protagonistas de las Relaciones Violentas, Grupo Lumen Editorial, Buenos Aires, 2000.
6. Trudel M, Puentes-Neuman G. The contemporary concepts of at risk children: theoretical models and approaches in the early years", Pan Canadian Education Research Agenda Symposium, Adolescence, 2000.
7. Farrington D P. Early predictors of adolescent aggression and adult violence, *Violence Vict* 1989; 4 (2): 79-100.
8. Ahmad S A, Titus J B, Saunders C D. Neuropsychological characteristics of juvenile delinquency, *Pediatr Ann* 2004; 33 (5): 330-6.
9. Simonoff E, Elander J, Holmshaw J, Pickles A, Murray R, Rutter M. Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 118-27.
10. Vreugdenhil, Doreleijers T A, Vermeiren R, Wouters L F, van den Brink W. Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43 (1): 97-104.
11. Teplin L A, Abram K M, McClelland G M, Dulcan M K, Mericle A A. Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 1133-43.
12. Teplin L A, Abram K, McClelland G, Washburn J, Pikus A. Detecting Mental Disorder in Juvenile Detainees: Who Receives Services, *Am J Public Health* 2005; 95: 1773-80.
13. Rutter, Giller, Hagell. *Antisocial Behavior by young people*. Cambridge University Press. 1998.
14. Gretton H, Hare R, Catchpole R. Psychopathy and Offending From Adolescence to Adulthood: A 10-Year Follow-Up; *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004; 72 (4): 636-45.
15. Langström N, Grann M. Psychopathy and violent recidivism among young criminal offenders. *Acta Psych Scand* 2002; 106 (suppl 412): 86-92.
16. Heilbrun K, Cindy C, Cottle Ria J, Lee. The Prediction of Criminal Recidivism in Juveniles: A Meta-Analysis, *Criminal Justice and Behavior* 2001; 28: 367-94.
17. Blackburn R. Psychopathy and the contribution of personality to violence, en *Psychopathy*. Millon Th, Simonse E, Birket-Smith M. y Davis R. Guilford Press, 1998.
18. Hart S, Hare R. Discriminant validity of the Psychopath Checklist in a forensic psychiatric population; *Psychological Assessment* 1989; 1: 211-8.
19. Kernberg P, Weiner A, Bardenstein K. Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes, Ed. El Manual Moderno. 2002.
20. Mata E. Trastornos de la personalidad del adolescente, en "Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia". Editores: Arturo Grau Martínez y Julio Meneghello, Panamericana, 2000.
21. Farrington D P. The importance of child and adolescent psychopathy, *J Abnorm Child Psychol* 2005; 33 (4): 489-97.
22. DiLalla L F, Gottesman. Biological and genetic contributors to violence-Widom's untold tale. *Psychol Bull* 1991; 109 (1): 125-9; discussion 130-2.
23. Ohtani T, Sasaki T, Kadomoto I, Kato N, Yoshinaga C. Birth months and vulnerability to juvenile delinquency, *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32 (1): 49-53.
24. Buka S, Earls F. Early determinants of delinquency and violence. *Health Aff* 1993; 12: 46-64.
25. Abram K, Teplin L, McClelland G, Dulcan M. Comorbid Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 1097-108.
26. Abram K, Teplin L, Charles D, Longworth S, McClelland G, Dulcan M. Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Youth in Juvenile Detention. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 403-10.
27. Connolly C. Double Jeopardy: Adolescent Offenders with Mental Disorders. *Br J Criminol* 2007; 47: 701-4.
28. Rowe D C. Biometrical genetic models of self-reported delinquent behavior: A twin study. *Behavioral Genetics* 1983; 13: 473-89.
29. Lykken D. *Las Personalidades Antisociales*, Editorial HERDER. 1995.
30. Weissman M, Wickramaratne P, Adams P, Wolk S, Verdelli H, Olfson M. Brief Screening for Family Psychiatric History: The Family History Screen. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 675-82.
31. Araya R, Sierra D. Influencia de los factores de riesgo social en el origen de las conductas delincuen-

- ciales, División de Seguridad Ciudadana, Ministerio del Interior. Chile. 2002.
32. Jarjoura R. The conditional effect of social class on the dropout-delinquency relationship. *Research in Crime and Delinquency* 1996; 33(2).
 33. Mallea, Campodónico. Diagnóstico de la población atendida y seguimiento de menores egresados: sistemas de rehabilitación conductual abiertos. SENAME. 1993.
 34. Ministerio del Interior de Chile, División Seguridad Ciudadana, Serie de Estudios: Influencia de Factores de Riesgo Social en el origen de las conductas delictuales, Índice de Vulnerabilidad Social Delictual Comunal; DM Impresos Chile. Marzo 2002.
 35. Ministerio del Interior de Chile, División de Seguridad Ciudadana, Prevención de la Delincuencia Juvenil: análisis de experiencias internacionales, 1° Edición, DM Impresos Chile, Marzo 2004.
 36. Bravo M, Ribera J, Rubio-Stipec M, Canino G, Shrout P, Ramírez R, *et al.* Test-retest reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29 (5): 433-44.
 37. Shaffer D, Fisher P, Lucas C, Dulcan M, 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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 28-38.
 38. Weissman M, Wickramaratne P, Adams P, Wolk S, Verdeli H, Olfson M. Brief Screening for Family Psychiatric History: The Family History Screen. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 675-82.
 39. Berk R A. *Statistical learning from a regression perspective* N. York, NY Springer. 2008.
 40. Breiman L. *Statistical modelling: The two cultures* *Statistical Sciences* 2001; 16: 1999-231.

Correspondencia:
 Pedro Rioseco S.
 E-mail: priosec@udec.cl