



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES Y
JÓVENES INFRACTORES**

**La Influencia de la Exposición a Experiencias Sociales Adversas
Tempranas sobre el Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos de
Adolescentes y Jóvenes Infractores de Ley**

Por:

JAVIERA VÁSQUEZ NÚÑEZ

Tesis presentada al Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile,
para optar al grado de Magíster en Sociología

Profesora Guía:

Pilar Larroulet

Co-tutor:

Juan Pablo Undurraga

Comisión de Tesis

Pilar Larroulet

Eduardo Valenzuela

Matías Bargsted

Agosto, 2020

Santiago, Chile

©2020, Javiera Vásquez Núñez

© Javiera Vásquez Núñez

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredite al trabajo y a su autor.

Investigación financiada por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico en el marco del Concurso Nacional de Proyectos FONDECYT 1180358 “Identificación Precoz de Resistencia al Tratamiento en Pacientes con Primer Episodio Psicótico”, dirigido por Juan Pablo Undurraga¹.

¹ Jefatura Departamento de Psiquiatría de Clínica Alemana, y parte del equipo de psiquiatras del Programa de Intervención Temprana en Psicosis del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barack.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Roxana y mi padre Orlando por su apoyo y amor incondicional. Por cuidarme, abrazarme, enseñarme y quererme tierna y bondadosamente. Por respetarme y escucharme siempre. Son un hermoso regalo, gracias infinitas.

A mi Sol, a ti compañero Héctor por bailar conmigo en este camino. Por tu respeto, amor y apoyo. Sin ti muchas batallas hubiesen sido más difíciles, sin tú compañía las risas hubiesen escaseado. Gracias por querer siempre sacar lo mejor de ambos.

A mi Caco, por siempre preocuparse de mi bienestar y el de mi familia. Por acompañar mis decisiones.

A mi hermano Adrián, por abrir y acompañar. Por compartir sus frutos y persistir. Por su cariño.

A todas esas mujeres hermosas, valientes y llenas de sabidurías que han entrado y dejado huella en mi vida. A Camila, Daniela, Claudia, Casandra, Josefina, Natalia, Celeste, Monserratt, y Catalina por su amistad sorora, comprensiva, sincera y apañadora. Tenernos a nosotras es una fortuna, gracias por acompañarnos, levantarnos y querernos amigas lindas. A ti mamá, compañera de mi corazón, por escucharme, por cuidar mis pasos, por nunca decaer, por estar para mí siempre.

A las maravillosas profesoras que me apoyaron en todo este proceso, a Daniella Leal y Pilar Larroulet por brindarme comprensión, consejos y oportunidades. A María Lidia por su motivación. A Eduardo Valenzuela, por su apoyo, consideración y orientación.

A todas y todos ustedes, gracias. Las y los quiero mucho.

A las oportunidades de alegrarme, caer y crecer que han llegado a mi vida. A mi historia y a la medicina que llego a mi cuerpo, mente y corazón. A la sabiduría de la bondad que me enseña el silencio. A la perseverancia, a la magia del caos, a la grandeza de los paisajes que me enternecen, a las razones y experiencias que me inspiran.

Sin los momentos, emociones, abrazos, aprendizajes y amor que dejaron en mí todo lo que expreso aquí, el termino de procesos que requirieron de tanto esfuerzo y dedicación como lo han sido estos 6 años en el pregrado y posgrado no hubiese dejado los gratos, y grandes frutos académicos y personales como los que dejan hoy.

Ayni

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	III
CONTENIDO	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN	X
I. INTRODUCCIÓN & PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO & REVISIÓN DE LITERATURA	6
2.1. La Salud Mental como un Problema Social.....	6
2.1.1. Una Comprensión Sociológica del Trastorno Psiquiátrico.....	6
2.1.2. La Interrelación entre el Ser Biológico y el Ser Social.....	8
2.1.3. Teoría Social del Estrés	8
2.1.4. Desventaja Acumulativa: Salud Mental de Grupos Vulnerables.....	11
2.2. El Efecto de la Adversidad Social Temprana en la Salud Mental	14
2.2.1 La Exposición a Experiencias Sociales Adversas Tempranas	14
2.2.2 La Heterogeneidad del Efecto de la Adversidad Social Temprana	18
2.2.2.1 La Influencia de la Privación Temprana en la Salud Mental	19
2.2.2.2 La Influencia del Daño Físico y Psicológico Temprano en la Salud Mental ...	20
2.2.3. Adversidad Social Temprana y Salud Mental desde una Perspectiva de Curso de Vida	23
III. DATOS & MÉTODOS	28
3.1. Fuente de Datos: Estudio Trayectorias Delictuales y Uso de Drogas en Infractores Adolescentes	28
3.2 Muestra	29
3.3. Medición, Operacionalización y Distribución de Variables	31
3.3.1. Variables Dependientes.....	31
3.3.2 Variables independientes	33
3.3.3 Variables de control	36
3.4. Estrategia Analítica.....	41
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	44
4.1 Asociaciones Bivariadas Trayectorias de Adversidad Social Temprana según Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes	44

4.2 Determinantes del Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes: El Efecto de la Adversidad Social Temprana para Adolescentes y Jóvenes Infractores	53
4.2.1 Hipótesis I	53
4.2.2 Hipótesis II	61
4.2.3 Hipótesis III.....	67
4.2.4. Hipótesis IV.....	73
V. DISCUSIÓN, LIMITACIONES E IMPLICANCIAS	78
5.1. Discusión de Hallazgos.....	78
5.2 Limitaciones e Implicancias	87
VI. REFERENCIAS	91
7.1 Instrumento Estudio Trayectorias de Jóvenes Infractores de Ley: Calendario de Vida	99
7.2 Descripción de Programas de Reinserción Social de SENAME	101
7.3 Resultados Análisis Factorial Exploratorio	103
7.4 Análisis Bivariados Exposición a Adversidad Social y Tipologías según Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos	106
7.5 Trayectorias de Exposición Adversidad Social Temprana Desagrada según Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes.....	116
7.6 El efecto de la Adversidad Social Temprana sobre el Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes - Modelos de Regresión Logística Binaria no Controlados.....	128

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tamaños muestrales según tipo de programa bajo el que cumple sentencia penal.....	30
Tabla 2. Descriptivos Univariados para Variables Dependientes	33
Tabla 3. Descriptivos Univariados para Variables Independientes.....	39
Tabla 4. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: El Efecto Controlado de la Adversidad Social Diferenciada	56
Tabla 5. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: El Efecto Controlado de la Adversidad Social Diferenciada	60
Tabla 6. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: El Efecto Controlado de la Exposición a Adversidad Social en Periodos Sensibles	63
Tabla 7. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: El Efecto Controlado de la Exposición a Adversidad Social en Periodos Sensibles	66
Tabla 8. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: El Efecto Controlado de la Co-exposición a Adversidad Social Temprana.....	69
Tabla 9. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: El Efecto Controlado de la Co-exposición a Adversidad Social Temprana	72
Tabla 10. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: El Efecto Controlado de las Trayectorias de Exposición a Adversidad Social Temprana.....	75
Tabla 11. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: El Efecto Controlado de las Trayectorias de Exposición a Adversidad Social Temprana.....	77
Tabla 12. Comunalidad y Retención de Factores.....	103
Tabla 13. Cargas Factoriales y Varianzas Únicas para Factores Retenidos.....	103
Tabla 14. Correlaciones Policóricas, Tetracóricas y Poliseriales para Variables Incluidas en los Modelos de Regresión Logística	104
Tabla 15. Sufre Adversidad Social Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	106
Tabla 16. Sufre Adversidad Social Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	107
Tabla 17. Sufre Adversidad Social Privativa según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	108
Tabla 18. Sufre Adversidad Social Privativa según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	109
Tabla 19. Sufre Adversidad Social Dañina según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	110
Tabla 20. Sufre Adversidad Social Dañina según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	111
Tabla 21. Sufre Adversidad Social Compleja según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	112
Tabla 22. Sufre Adversidad Social Compleja según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	113
Tabla 23. Asociaciones Bivariadas entre Factores de Riesgo de Control y Padecimiento de Trastornos Interiorizantes.....	114

Tabla 24. Asociaciones Bivariadas entre Factores de Riesgo de Control y Padecimiento de Trastornos Exteriorizantes.....	115
Tabla 25. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: Efecto no controlado de la adversidad social diferenciada	128
Tabla 26. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: Efecto no controlado de la adversidad social diferenciada	129
Tabla 27. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: Efecto no controlado de la exposición a adversidad social en periodos sensibles .	130
Tabla 28. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: Efecto no controlado de la exposición a adversidad social en periodos sensibles	131
Tabla 29. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: Efecto no controlado de la co-exposición a adversidad social temprana	132
Tabla 30. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: Efecto no controlado de la co-exposición a adversidad social temprana	133
Tabla 31. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: Efecto no controlado de la trayectoria de exposición a adversidad social temprana	134
Tabla 32. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: Efecto no controlado de la trayectoria de exposición a adversidad social temprana	135

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Sufrimiento de Adversidad Social Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	44
Gráfico 2. Sufrimiento de Adversidad Social Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	45
Gráfico 3. Sufrimiento de Adversidad Social Temprana Privativa según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	46
Gráfico 4. Sufrimiento de Adversidad Social Dañina Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	47
Gráfico 5. Sufrimiento de Adversidad Social Compleja Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	47
Gráfico 6. Sufrimiento de Adversidad Social Privativa Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	49
Gráfico 7. Sufrimiento de Adversidad Social Dañina Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	49
Gráfico 8. Sufrimiento de Adversidad Social Compleja Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	50
Gráfico 9. No Vivió con Madre según Padecimiento de Trastorno	116
Gráfico 10. No vivió con madre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	117
Gráfico 11. No vivió con Padre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	117
Gráfico 12. No vivió con Padre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	118
Gráfico 13. Fallecimiento de Madre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	118
Gráfico 14. Fallecimiento de Madre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	119
Gráfico 15. Fallecimiento de Padre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	119
Gráfico 16. Fallecimiento de Padre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	120
Gráfico 17. Madre Encarcelada según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	120
Gráfico 18. Madre Encarcelada según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	121
Gráfico 19. Padre Encarcelado según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	121
Gráfico 20. Padre Encarcelado según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	122
Gráfico 21. Parentalidad Adolescente según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	122
Gráfico 22. Parentalidad Adolescente según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	123
Gráfico 23. Sufrimiento de Maltrato Físico según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	123
Gráfico 24. Sufrimiento de Maltrato Físico según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	124
Gráfico 25. Comisión de Delito Violento según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	124
Gráfico 26. Comisión de Delito Violento según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	125
Gráfico 27. Permaneció Residencia SENAME según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	125
Gráfico 28. Permaneció Residencia SENAME según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	126

Gráfico 29. Vivió en la Calle según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante.....	126
Gráfico 30. Vivió en la Calle según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante.....	127

RESUMEN

Esta tesis explora las consecuencias de la exposición temprana a adversidad social en la salud mental. Ello mediante el análisis del efecto que tiene el sufrimiento de experiencias adversas privativas, dañinas y/o complejas sobre la probabilidad de diagnóstico de trastornos psiquiátricos Interiorizantes (depresión, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de ansiedad), y de trastornos Exteriorizantes (dependencia de drogas duras y/o blandas) de adolescentes y jóvenes chilenos infractores de ley de la Región Metropolitana de Santiago, de la Región de Valparaíso y de la Región de O'Higgins. A partir de los datos recogidos en el marco del proyecto FONDECYT 1121107 "Trayectorias delictuales de jóvenes infractores de ley", llevado a cabo el 2012 por el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad de Chile, se explora longitudinalmente la exposición a estos tipos de adversidades sociales entre los 5 y 16 años según el padecimiento de ambos tipos de trastornos psiquiátricos. En línea con la literatura revisada se analiza mediante regresiones logísticas la influencia que la co-exposición, duración y etapa en la que es experimentada la adversidad social tiene sobre la salud mental de estos. Específicamente, desde un enfoque dimensional y de curso de vida, se sostiene que aquellas experiencias o circunstancias que implicaron ausencia o limitada presencia de interacciones consistentes, sensibles y frecuentes con los padres, daño físico y psicológico o una combinación de dicha privación y daño aumentan la probabilidad de diagnóstico de las psicopatologías consideradas. Asimismo, aquella adversidad que ocurre en etapas de mayor plasticidad biológica como la infancia (Modelo de Periodo Sensible), que co-ocurre con otras adversidades y que persiste en el tiempo (Modelo Acumulativo del Riesgo) aumentará dichas probabilidades. Los hallazgos sugieren que tanto el riesgo acumulado de la adversidad social como el que deviene de sufrir adversidad social en etapas sensibles se asocia positivamente con el padecimiento de trastornos psiquiátricos Interiorizantes. No fue posible establecer que la adversidad social temprana constituye un determinante de trastornos de dependencia de drogas duras y blandas, más bien aquellos que revelaron una importante influencia fueron los relativos a la precocidad en el inicio del consumo de estas drogas, y al régimen de libertad bajo el que cumplían condena. Finalmente, esta investigación contribuye a evidenciar el impacto que tiene sobre la salud mental el desarrollo temprano en entornos caracterizados por el estrés, la deprivación socioeconómica, la drogadicción, el abandono y la negligencia. Al tiempo que releva la importancia de

iniciativas públicas multidimensionales, que no solamente reconozcan la mayor vulnerabilidad que trae consigo la desventaja persistente a la que se enfrentan estos adolescentes y jóvenes, sino que también garanticen un Piso de Protección Social orientado a terminar con las causas de dicha desventaja.

I. INTRODUCCIÓN & PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La salud mental ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud como un “estado de bienestar” en el que los individuos reconocen contar con capacidades que les permitan afrontar tensiones cotidianas, desarrollarse en los distintos ámbitos de su vida, y ser un ente que contribuye a su comunidad. En este sentido, la salud mental se constituye como fundamento del bienestar individual y colectivo toda vez que su deficiencia se traduciría en incapacidades para razonar, para manifestar sentimientos, para generar interacciones sociales satisfactorias, para el disfrute y sustento de la vida (OMS, 2018a). Por ello, su promoción, protección y recuperación son preocupaciones centrales, continuas y vitales de las sociedades de todo el mundo, más aún si se tiene en cuenta que la mitad de los trastornos y desórdenes mentales comienzan en edades tempranas (antes de los 14 años), pero en la mayoría de las veces no existe ni diagnóstico ni tratamiento para estas afecciones lo que no sólo repercute en la resiliencia mental de estos adolescentes, sino también en el funcionamiento de instituciones sociales fundamentales como lo son la familia, la economía, el trabajo, entre otras (OMS, 2018b).

En Chile, la preocupación sobre la salud mental de los chilenos y chilenas se ha tornado de especial relevancia en la última década en tanto las prevalencias de algún trastorno psiquiátrico que la población chilena presenta han ido en aumento. La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 reportó que un 6,2% de los y las encuestados y encuestadas sufre de depresión, y no se tienen datos recientes sobre la prevalencia de este ni de otros trastornos en población adolescente. Cifras que han aumentado considerablemente durante los últimos años tal como la encuesta El Chile que Viene 2019 realizada por CADEM indica, en tanto 7 de cada 10 chilenos mayor de 13 años declara tener o haber tenido algún problema o enfermedad asociada a la salud mental. Hace 12 años, el “Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible” realizado por el MINSAL reportó que jóvenes entre 10 y 19 años pierden un 38,3% de años de vida por el padecimiento de un trastorno psiquiátrico, constituyéndose estos últimos como la principal fuente de carga de enfermedad (MINSAL, 2007). De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán (2012) dos años más tarde realizan el primer estudio nacional de prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en niños de 4 a 18 años e indican que entre el

grupo de 12 y 18 años la prevalencia de cualquiera de los trastornos considerados² asciende a un 16,5%.

Décadas de investigación han apoyado la fuerte asociación entre el bienestar psicológico y emocional y la posición en la estratificación social de los sujetos, dando cuenta del gran determinismo que el contexto social tiene sobre la salud mental, y de que, por tanto, los malos resultados en salud mental no se distribuyen de forma aleatoria en la sociedad (Aneshensel et al., 2013; George, 2013; Halfon et al., 2018; Rogers & Pilgrim, 2014). En esta línea, Rogers & Pilgrim (2014) señalan que la proporción de personas que experimentan emociones negativas devenidas de experiencias problemáticas, traumáticas y/o adversas, y con ello mayor cantidad de síntomas de psicopatologías, aumenta en grupos deprimidos socioeconómicamente. En particular, siguiendo una perspectiva etiológica del estudio de la salud mental, la comprensión del impacto que el contexto social, y en particular que la desventaja socioeconómica tiene en la aparición temprana de diversas psicopatologías ha sido abordado principalmente mediante la comprensión de la influencia del estrés en la aparición de trastornos psiquiátricos. Seyle (1956) señala que los “estresores” son fuerzas externas al individuo que implican desafíos para las capacidades regulatorias y funcionales de éste, en tanto suponen “(...) condiciones de amenaza, desafío, demanda o restricciones estructurales que, por el mero hecho de su ocurrencia o existencia, ponen en tela de juicio la integridad operativa del organismo”³ (Wheaton et al., 2013, p. 300). La exposición continua a estos estresores motivaría respuestas fisiológicas adaptativas a reacciones emocionales negativas (ansiedad, hostilidad, colera, etc.) devenidas de estas experiencias sociales adversas, con ello ocurrirían reiteradas activaciones de dichas respuestas fisiológicas adaptativas que conducirían a cambios inadaptados y problemáticos en regiones cerebrales como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal asociados al desarrollo de una serie de psicopatologías (Chapman et al., 2004; Han et al., 2018; Otte et al., 2016; Bielas et al., 2016; Genet, 2016; McLaughlin, 2018; Green et al., 2010; Otowa, York, Gardner, Kendler,

² La investigación analizó prevalencias de los siguientes trastornos a partir del diagnóstico que el DSM-IV realiza: trastornos ansiosos (fobia social, ansiedad generalizada, ansiedad de separación), trastornos afectivos (depresión mayor, distimia), trastornos de comportamiento disruptivo (trastorno déficit atencional/hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta), uso temprano de drogas, trastorno de alimentación y esquizofrenia.

³ Traducción propia.

& Hettema, 2014; Brown & Shillingtonb, 2016; Douglas et al., 2010; Koskenvuo & Koskenvuo, 2015).

La privación y desventaja acumulada constituyen dos preocupantes características del contexto social que enfrentan grupos vulnerables como lo es el de adolescentes infractores. Canales, Fuentealba, Jiménez, Morales, Cottet y Agurto (2005) indican que el contexto socioeconómico de estos adolescentes y jóvenes estaría caracterizado por ser deprimido y estresante en tanto evidenciarían mayor pobreza, bajos niveles de escolaridad, baja cohesión familiar, empleo informal, drogadicción en el barrio, entre otros elementos que devendrían en “entornos socialmente tóxicos” (Smith & Ireland, 2009). Esta situación supone, desde el modelo de “Determinantes Sociales de la Salud” una mayor exposición y vulnerabilidad a aquellos predictores asociados al desarrollo de diversas psicopatologías relevados por la investigación empírica (Harris & Schorpp, 2018; Solar & Irwin, 2010). La cotidiana y temprana exposición y vulnerabilidad a los efectos de estos predictores de riesgo no sólo repercute en la alta probabilidad de estos adolescentes de padecer psicopatologías, sino también en la serie *outcomes* devenidos de la contribución al círculo de desventajas que implica el trastorno psiquiátrico en esta población. Zielinski (2009) reporta que adultos que fueron criados en contextos deprimidos y expuestos tempranamente a abuso y negligencia física y emocional fueron el doble de propensos a permanecer por debajo del nivel federal de pobreza en la adultez.

En este sentido, es de esperar que el daño sobre la salud mental de aquellos sumidos en contextos sociales, familiares, institucionales y culturales caracterizados por la desventaja persistente y estructural sea severo con múltiples consecuencias en otras dimensiones de la vida de estos. En Chile, la prevalencia de algún trastorno psiquiátrico en población adolescente infractora es alarmante. El año 2007 de un total de 100 adolescentes infractores un 62% es diagnosticado con al menos un trastorno psiquiátrico (Fundación Tierra Esperanza, 2007a), proporción que aumenta a un 86,3% considerando la información reportada por 489 adolescentes infractores el año 2012 (Gaete et al., 2014a). Sin embargo, hasta la fecha no existen investigaciones que den cuenta de la influencia de los determinantes sociales que podrían poner en riesgo la salud mental de quienes pocas veces son considerados. Considerando esta insuficiencia, la presente investigación constituye seminal

evidencia sobre cómo la salud mental de este grupo vulnerable se ve impactada por las múltiples adversidades a las que desde su gestación están expuestos.

Ahora bien, no sólo la investigación sociológica que considera poblaciones de sumo riesgo como lo son infractores adolescentes ha sido escasamente realizada en Chile, sino también y con mayor necesidad, aquella que lo hace reconociendo que existen diversas formas mediante las que la adversidad social es capaz de influir en la salud de estos. La literatura internacional más reciente ha evidenciado diversas formas en que estas exposiciones suscitan una emocionalidad negativa y con ello influyen en la salud mental de mediano y largo plazo, en tanto dichas exposiciones suponen desviaciones del ambiente esperable ya sea en forma de privaciones materiales y/o emocionales o de daños físicos y/o psicológicos en la vida de niños y adolescentes (Bielas et al., 2016; Bifulco et al., 1987; S. Brown & Shillingtonb, 2016; Chapman et al., 2004; Felitti et al., 1998; Green et al., 2010; Hughes et al., 2017; Koskenvuo & Koskenvuo, 2015; Larkin et al., 2012; Logan-Greene et al., 2017; Mock & Arai, 2011).

Por ello, esta investigación adopta el enfoque “dimensional” de Sheridan & McLaughlin (2016, 2018) para comprender de manera más específica el efecto temprano de experiencias sociales adversas (ACE) cualitativamente distintas. Con ello, se contribuye a la incipiente literatura que desagrega el constructo “experiencias sociales adversas” superando las limitaciones que tiene para los efectos que puedan encontrarse al combinar en el análisis formas de adversidad que suponen mecanismos de influencia distintos. Las autoras señalan que las desviaciones del entorno adecuado para el óptimo desarrollo de los sujetos se expresarían como ausencia o exposición limitada a los insumos necesarios (padres, cuidadores, estimulación), y/o como la presencia de insumos inesperados que suponen amenazas para su bienestar físico y mental. Así, los efectos tanto del daño como de la privación temprana implicarían distorsiones en el proceso de aprendizaje, percepción y reconocimiento de emociones que pueden ser comprendidos mediante la Teoría del Apego (Bowlby, 1952, 1989) y la Teoría del Sesgo de Atribución Hostil (McLaughlin, 2018; McLaughlin & Lambert, 2016; Wichers et al., 2009). Los planteamientos de dichas teorías permitirían comprender la aparición de trastornos psiquiátricos Interiorizantes como la

depresión, trastornos ansiosos, TOC, tendencias suicidas; y Exteriorizantes como lo son trastornos por abuso y dependencia de drogas blandas y/o duras (Franco, 2015).

Desde la perspectiva de curso de vida, se podría afirmar que las tempranas etapas en la que estos adolescentes y jóvenes experimentan la adversidad social, así como la duración y acumulación de ésta torna especial relevancia a la hora de analizar el efecto que tienen sobre su salud mental. En tanto, los resultados de salud en una etapa de vida, como la adolescencia o juventud son resultado de interacciones previas entre las fuerzas sociales y biológicas, que determinan el bienestar físico, psicológico y social de estos (Bernardi et al., 2018; Elder et al., 2003; Elder, 1998; George, 2013; Halfon et al., 2018). Este enfoque permite analizar cómo las exposiciones sociales adversas, partes del contexto en el que los sujetos viven durante etapas tempranas como la infancia se meten *debajo de la piel* (Harris, 2018), afectando funciones y procesos fisiológicos, neurológicos y psicoemocionales. Así, desde el modelo de periodos sensibles o críticos que reconoce mayor adaptabilidad y plasticidad fisiológica en ciertas etapas de vida (infancia y adolescencia), y el modelo de acumulación que destaca el papel de la desventaja persistente en el tiempo y con ello el riesgo asociado a la duración y co-ocurrencia de experiencias adversas se quiere responder a la necesaria pregunta que motiva esta investigación, a saber, *¿cómo influye la exposición temprana a diversas experiencias sociales adversas en el padecimiento de un trastorno psiquiátrico en adolescentes y jóvenes infractores?* mediante el análisis de cuatro set de hipótesis que proponen efectos positivos de la adversidad social y tipologías sobre la probabilidad de sufrir trastornos psiquiátricos, así como también de aquella que ocurre durante etapas de desarrollo sensibles, de aquella que es heterogénea y duradera. Por tanto, mediante los datos recopilados en el marco del proyecto “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (Fondecyt N 1121107 y Fundación San Carlos de Maipo) que recabó información longitudinal sobre 990 adolescentes y jóvenes infractores sancionados en virtud de la Ley de Responsabilidad Penal se pretende entonces analizar la asociación entre la exposición a experiencias sociales adversas tempranas (5-16 años) sobre el padecimiento de trastornos psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes de estos adolescentes y jóvenes que cumplen condena bajo sistemas privativos y no privativos de libertad.

II. MARCO TEÓRICO & REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. La Salud Mental como un Problema Social

2.1.1. *Una Comprensión Sociológica del Trastorno Psiquiátrico*

La salud mental de las personas ha sido un tópico relevante para grandes teóricos, sociólogos como Emile Durkheim, Talcott Parsons, Michell Foucault, Edwin Lemert, entre otros han considerado los trastornos mentales como un problema social del que la sociología tiene algo que decir. Hace más de un siglo en “Las Reglas del Método Sociológico” (2001) Durkheim argumentaba que para el mantenimiento de la cohesión social son necesarias reglas y normas que definen lo que es normal y lo que no, definiendo con ello – según las valoraciones de cada grupo social – el comportamiento aceptable en la sociedad, y con ello sentando precedentes teóricos para que fenómenos como el trastorno mental fueran comprendidos en términos de desviación (Baltrušaitytė, 2003).

En el marco de la Sociología Médica y del estructural funcionalismo Parsons & Shils (1968) señalan que la enfermedad mental constituye una amenaza para la cohesión social en tanto obstaculizaría el juego de roles necesario para la mantención del orden social. Toda vez que la interacción social está guiada por elementos estructurales como el rol, la colectividad, la norma y los valores, la enfermedad mental constituye un incumplimiento de las expectativas institucionales definidas para los roles y responsabilidades que el individuo implica en la sociedad, y por tanto el sujeto enfermo es uno “desviado”, esto es incapacitado para desempeñar sus funciones y contribuir al equilibrio del sistema social (Baltrušaitytė, 2003; Blanco & Díaz, 2007). De manera complementaria al modelo teórico propuesto por Parsons, Uta Gerhardt (1989) propone que el sujeto incapacitado para cumplir un rol social asignado comportaría el rol de “enfermo” caracterizado por la pasividad, la impotencia, y la confusión emocional, situación sumamente problemática en una sociedad que valora la actividad, la independencia o autonomía y la racionalidad de los fines/medios. En este sentido, sea bajo un modelo de “desviación” o de “capacidad” el trastorno mental es problemático para la participación e integración en la vida social del sujeto aquejado, de la cual emergen autopercepciones de utilidad, confianza, y control.

Tomando en consideración las múltiples aproximaciones teóricas sobre la salud mental la comprensión sociológica del trastorno psiquiátrico se ha encauzado por dos vertientes. Por un lado, el rastreo de los factores sociales que influyen la variación de las tasas de estos (perspectiva etiológica o causacionista), y por otro en la problematización del diagnóstico que la psiquiatría ha hecho de estos (perspectiva constructiva, hermenéutica, interaccionista, realismo social, entre otras). Sin embargo, la tradición dominante en el estudio sociológico de la salud mental ha ido por la primera vertiente, por aquella que se pregunta por las causas sociales de los malos resultados en ésta (Horwitz, 2013; Rogers & Pilgrim, 2014; Weitz, 2007), la que dada la problemática que suscita esta investigación aporta gran parte de la literatura revisada. La perspectiva causacionista o etiológica motivada por los postulados teóricos de Durkheim en “El Suicidio” (1987) que señalan que los desórdenes mentales tienen necesariamente causas sociales que devienen de la forma en que los sujetos se relacionan y asocian entre sí, recibe temprana evidencia empírica del primer esfuerzo de Faris & Dunham (1939) por analizar la influencia del medio social en la salud mental de los sujetos examinando la prevalencia de trastornos en las diferentes zonas residenciales de Chicago. Entre otros resultados aquel que relevó la importancia de la posición y contexto social en la causalidad de estos trastornos - hasta entonces relegada a la genética -, fue la mayor prevalencia de esquizofrenia en las localidades más pobres de la ciudad, esto es en aquellos lugares que carecen de redes comunitarias y que muestran altos niveles de aislamiento social, evidencia que motivó la gran proliferación de investigaciones en esta línea y una agenda gubernamental que abordó problemas sociales, económicos y ambientales como factores de estos trastornos (Rogers & Pilgrim, 2014).

Aunque muchas veces cuestionada debido a la aceptación y utilización de los diagnósticos de trastornos establecidos por la psiquiatría para explicar la variación en las tasas de estos en los diversos grupos sociales, la investigación etiológica ha contribuido a evidenciar cómo las características de los entornos y sistemas sociales, que no pueden reducirse a fuerzas individuales, están asociados a la aparición de angustia y desórdenes mentales (Horwitz, 2013; Rogers & Pilgrim, 2014; Weitz, 2007).

2.1.2. La Interrelación entre el Ser Biológico y el Ser Social

La salud mental ha sido estudiada bajo el marco de la medicina psiquiátrica, no obstante, la dominancia de esta disciplina es problemática cuando de comprender la etiología de ésta se trata. Laing & Esterson (1964) señalan que el trastorno de un paciente es inteligible si el contexto social de este no es bastamente comprendido, pues el diagnostico psiquiátrico conferiría centralidad únicamente a los síntomas, disfunciones y problemas orgánicos situados al interior del cuerpo biológico del sujeto (biodeterminismo), desatendiendo la causalidad social de estos (Horwitz, 2013; Rogers & Pilgrim, 2014; Weitz, 2007). En este sentido, la unificación entre el cuerpo biológico y el cuerpo social que la sociología propone al situar los fenómenos corporales dentro del contexto y relaciones sociales que envuelven al sujeto, modelando tanto teórica como empíricamente la interacción entre las fuerzas biológicas y sociales, es una necesidad a la hora de estudiar las distintas prevalencias de estos trastornos (Blanco & Díaz, 2007; Harris & Schorpp, 2018; Wheaton et al., 2013). James & Gabe (1996) sostienen que mente, cuerpo y sociedad se combinan mediante relaciones somáticas y sociales, esto es, mediante las emociones. Las emociones implican reacciones corporales a partir de fenómenos sociales que el sujeto vive, y que por tanto permiten superar la división entre las explicaciones al trastorno mental puramente sociales o biológicas (James & Gabe, 1996; Simon, 2014). La inclusión de esta perspectiva en el estudio del trastorno mental permite incluir en el análisis explicaciones psicosociales que consideran el rol de los acontecimientos de vida en los diagnósticos que la psiquiatría propone. En otras palabras, permite dar cuenta de que los procesos de desarrollo y cambio de la salud de los sujetos están interrelacionados con las fuerzas sociales que subyacen el continuo de vivencias de los sujetos (Harris & Schorpp, 2018; Simon, 2014; Wheaton et al., 2013).

2.1.3. Teoría Social del Estrés

Con el objetivo de analizar el rol de las causas sociales en el desarrollo de diversos trastornos mentales múltiples estudios causationistas o etiológicos han posicionado al “Estrés” como aquello que podría explicar este rol (Bassett, 2013; Baum et al., 1999; Brody et al., 2010; Mock & Arai, 2011; Wheaton et al., 2013). Desde la publicación del trabajo seminal de Seyle (1956) que identifica la exposición al estrés como el mecanismo mediante

el cual las exposiciones sociales negativas influyen en los procesos fisiológicos de los sujetos, la investigación ha puesto su atención en aquellas experiencias sociales adversas que suscitarían respuestas fisiológicas y conductuales adaptativas que en el mediano o largo plazo desencadenarían diversas patologías. Estas “experiencias sociales adversas” han sido conceptualizadas como “factores estresantes”, y refieren específicamente a “(...) condiciones de amenaza, desafío, demanda o restricciones estructurales que, por el mero hecho de su ocurrencia o existencia, ponen en tela de juicio la integridad operativa del organismo”⁴ (Wheaton et al., 2013, p. 300). A partir de esta conceptualización dichos factores pueden obedecer a la posición socioeconómica, a los acontecimientos que construyen la historia de vida, a las características del barrio o del trabajo de las personas, etc. (Aneshensel et al., 1991). Así como también, implicar eventos traumáticos puntuales o estados/condiciones/ambientes cotidianos y continuos que según el modelo de estrés biológico de Seyle y el Proceso de Estrés postulado por Pearlin y colegas (1981;1989) suscitarían alerta, resistencia y agotamiento fisiológico que definiría si un factor social es o no estresante.

La investigación más reciente sobre el papel del estrés en la salud mental de los sujetos ha señalado que, para comprender de manera acabada la influencia del estrés en diversas psicopatologías se debe dar cuenta de los diversos mecanismos que subyacen dicha influencia, así como considerar la red de factores en la que estos se insertan y de los que también dependería su influencia (Wheaton et al., 2013). Específicamente, Aneshensel, Rutter & Lachenbruch (1991) señalan que el contexto, las experiencias previas y la normalización de su ocurrencia pueden definir el nivel de amenaza de un factor estresante, en consecuencia, en su estudio debiesen ser considerados estos elementos. Puesto que, el factor puede no necesariamente desatar la respuesta fisiológica que Seyle (1956) define para ser considerado estresante, pero aún así tener un impacto negativo en la integridad física y mental en el largo plazo. Así, si la amenaza es habitual en la vida del sujeto o en su contexto social, puede que la respuesta estresante se convierta en una respuesta rutinaria o ésta sea pasada por alto por el medio social cercano pero que, sin embargo, desgastan la capacidad de afrontamiento provocando enfermedades (Baum et al., 1999; Lupien et al., 2001; Vliegenthart et al., 2016; Wheaton, 1997; Wheaton et al., 2013).

⁴ Traducción propia

La exposición a factores estresantes puede suscitar -dependiendo de la evaluación cognitiva que sea realizada, esto es del balance entre demandas y recursos del medio social, diversas reacciones emocionales negativas (ansiosas, hostiles, coléricas, etc) si estos son evaluados como amenazantes (Harris & Schorpp, 2018; Lazarus, 1993; Moscoso, 1998). Estas reacciones emocionales conducen respuestas fisiológicas adaptativas que activarían mecanismos homeostáticos cuyo fin es contrarrestar los efectos de la exposición adversa en el equilibrio interno (Cannon, 1935; Feldman, 1988; Moscoso, 1998), sin embargo, su aparición repetida tiene como consecuencia el aumento de la “Carga Alostática” que sería el mecanismo más tematizado en la literatura por medio del cual la exposición al factor estresante tendría influencia sobre la salud mental.

El efecto de la “Carga Alostática” ha sido estudiado como modelo psicopatológico en varios trastornos tales como la depresión, trastorno de estrés postraumático, el abuso y dependencia de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo (Aneshensel et al., 1991; Bielas et al., 2016; Collishaw et al., 2007; Mock & Arai, 2011), que serían resultado de la activación repetida en el cerebro del sistema de control de estrés conocidos como la “respuesta a pelear o huir” suscitados por reacciones emocionales negativas, en las que el organismo se prepara para hacer frente a un amenaza. Se trata de una respuesta sistémica, que integra distintos mecanismos regulatorios del organismo. A modo de ejemplo, dos de los mecanismos mejor estudiados son el sistema nervioso autónomo (SNA) y el eje hipotalámico-hipófisis-adrenal (HPA). Éstos prepararían al cuerpo para responder y adaptarse a la exposición de estrés liberando distintas sustancias o señales al torrente sanguíneo, que activan y regulan una cascada de mecanismos que permitirían, por un lado, una respuesta adecuada al estímulo inicial y por otro, mantener la homeostasis o equilibrio fisiológico en el organismo. Por ejemplo, la epinefrina actúa aumentando la frecuencia cardíaca, la presión arterial, y produce redistribución de la irrigación sanguínea en distintos órganos, priorizando aquellos que producen una respuesta adecuada al estímulo. Otro ejemplo es el cortisol, que aumentaría los niveles de glucosa disponible en el torrente sanguíneo. Estas adaptaciones producen cambios fisiológicos que en el corto plazo son funcionales y permiten mantener un equilibrio o homeostasis, pero cuando estos estímulos se mantienen en el tiempo o los mecanismos regulatorios del estrés se ven sobrepasados, se produce un “desgaste” de los sistemas

reguladores. Esta cascada de señales moleculares que se mantienen en el tiempo, generan un déficit del equilibrio interno, producción excesiva de factores de inflamación, y desgaste general, lo que conduciría a cambios permanentes en regiones cerebrales como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal asociados a depresión (Chapman et al., 2004; Han et al., 2018; Otte et al., 2016), desorden de estrés postraumático (Bielas et al., 2016; Genet, 2016; McLaughlin, 2018), trastorno obsesivo compulsivo (Bielas et al., 2016; Green et al., 2010; Otowa et al., 2014), abuso y dependencia de sustancias (S. Brown & Shillington, 2016; Douglas et al., 2010; Green et al., 2010; Koskenvuo & Koskenvuo, 2015), e inicio temprano de consumo de drogas (Douglas et al., 2010; Genet, 2016; Koskenvuo & Koskenvuo, 2015; McLaughlin, 2018).

2.1.4. Desventaja Acumulativa: Salud Mental de Grupos Vulnerables

La perspectiva de causalidad social presente en los estudios etiológicos o causationistas sobre salud mental, argumenta - con el apoyo de basta evidencia empírica - que los factores estresantes a los que están expuestos los sujetos no se distribuyen azarosamente en la población, sino más bien dependerían directamente de la posición social que estos ocupen en la estratificación social, esto es de cuánta adversidad deban enfrentar (Barrett & Turner, 2005; Baum et al., 1999; Bhattacharjee et al., 2011; Muntaner et al., 2013; Pearlin, 1989; Pearlin et al., 1981; Rogers & Pilgrim, 2014; Simon, 2014; Vliementhart et al., 2016). Por tanto, las diferencias en las prevalencias de trastornos psiquiátricos podrían ser explicadas en parte por las diferencias socioeconómicas en la exposición a estresores.

La investigación sobre “determinantes sociales de la salud” propone un esquema útil para comprender cómo la mayoría de las psicopatologías afectan sistemáticamente más a aquellos más desfavorecidos socioeconómicamente, demostrando que existiría una “vulnerabilidad estructural” de éstos al trastorno, patente en un proceso de desventaja acumulativa (Baltrušaitytė, 2003; Pearlin et al., 2005; Solar & Irwin, 2010). El efecto causal de dicha posición en la salud mental de los sujetos ocurre de manera indirecta a través de factores intermedios que determinan comportamiento, condiciones de vida, acceso a oportunidades, etc., distribuidos desigualmente entre las clases socioeconómicas.

Específicamente, el modelo señala que existe un contexto político, económico y social que incluye patrones de gobernabilidad, políticas macroeconómicas, sociales y públicas que influyen en la posición socioeconómica que alcanza el individuo, de acuerdo con el status ocupacional, al logro educacional, al capital social y cultural acumulado. Posición que a su vez determina las circunstancias materiales (entorno físico del trabajo y barrio, materialidad del hogar, hacinamiento), las circunstancias psicosociales (experiencias de vida adversas, problemas financieros, apoyo social, inseguridad laboral), y factores biológicos y de comportamiento (dieta, consumo de sustancias, antecedentes genéticos).

Desde la sociología de la salud mental se han planteado dos mecanismos complementarios mediante los cuales estos factores estresantes intermedios comprometen sistemáticamente la salud mental de grupos desfavorecidos: exposición y vulnerabilidad. El mecanismo de exposición argumenta que situarse en lo bajo de la jerarquía social expone a los sujetos a una mayor cantidad y diversidad de estresores (intermedios) asociados a sentimientos positivos menos frecuentes, reacciones emocionales negativas y síntomas de desórdenes psiquiátricos más frecuentes (Muntaner et al., 2013; Simon, 2014). Complementarias a la explicación de este mecanismo, las afirmaciones de Pearlin & Schooler (1978), primeras en dar cuenta del mecanismo de vulnerabilidad, atribuye las disparidades en salud mental a la mayor o menor vulnerabilidad a estresores, expresada en la posesión recursos psicosociales -como autoestima, manejo de emociones, apoyo social- que moderarían los efectos de estresores intermedios sobre la salud mental de estos grupos (Barrett & Turner, 2005; Schnittker & McLeod, 2005; Thoits, 2010; Umberson et al., 2013).

A partir de lo anteriormente expuesto, la mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en grupos socioeconómicamente deprivados puede ser comprendida como el resultado del proceso de desventaja acumulativa que los sectores más vulnerables de la población enfrentan (Dannefer, 2003; Pearlin, 1989; Pearlin et al., 2005). Investigaciones tanto recientes como seminales, han apoyado esta tesis documentando que el desarrollo enfermedades psiquiátricas se encuentra asociado con la exposición a una serie de estresores como traumas en la infancia (Bielas et al., 2016; Bifulco et al., 1987; Chapman et al., 2004; Felitti et al., 1998; Green et al., 2010; Hughes et al., 2017; Koskenvuo & Koskenvuo, 2015;

Larkin et al., 2012; Logan-Greene et al., 2017), presiones financieras en el hogar (Dashiff et al., 2009; Evans & Dongping, 2013), violencia en el hogar (Jirapramukpitak & Harpham, 2011), entre otras, que tienden a co-ocurrir, cuyo efecto negativo sobre la salud mental sería más perjudicial en periodos de desarrollo temprano y se acumularía a lo largo de la vida (Elder, 1998; Halfon, Forrest, Lerner, & Faustman, 2018).

En este sentido, el estudio de la salud mental en grupos no sólo socioeconómicamente sino también institucionalmente vulnerables como lo es la población infractora cobra especial relevancia. Toda vez que, la exposición a diversas experiencias sociales adversas en contextos socioeconómicos deprimidos durante la infancia y/o adolescencia, estaría asociada de manera positiva con la probabilidad de desarrollar psicopatologías, pero también con la de incurrir en comportamiento delictivo y violento (Bassett, 2013; Basto-Pereira et al., 2016; Bielas et al., 2016; S. Brown & Shillingtonb, 2016; Chassin et al., 2013; Fundación Tierra Esperanza, 2007b; Gaete et al., 2014b; Grisso, 2008; Lim et al., 2012; Logan-Greene et al., 2017; Sailas et al., 2005; Swisher & Roettger, 2012). En consecuencia, los resultados del desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo de estos jóvenes empeoran con el paso de los años de vida como resultado de la compleja interacción entre la psicopatología, el crimen y la violencia. Con ello, las trayectorias que estos siguen devienen problemáticas y peligrosas: la investigación evidencia para este grupo menores probabilidades de tratamiento y recuperación de estas psicopatologías, mayor deserción escolar, de reincidencia, y mayor probabilidad de muerte (Basto-Pereira et al., 2016; Brown & Shillington, 2016; Canales et al., 2005; Fundación Tierra Esperanza, 2007; Gaete et al., 2014; Logan-Greene et al., 2017; Otowa et al., 2014).

2.2. El Efecto de la Adversidad Social Temprana en la Salud Mental

2.2.1 La Exposición a Experiencias Sociales Adversas Tempranas

Gran parte de la literatura sobre determinantes sociales del trastorno psiquiátrico en adolescentes y jóvenes ha puesto su atención en aquellos estresores a los que tempranamente están expuestos los individuos, esto es, en los que se han conocido como “experiencias adversas en la infancia” (ACE), en tanto se observan mayores probabilidades de desarrollar psicopatologías como depresión, problemas de comportamiento, abuso de sustancias, ideas suicidas, experiencias psicóticas, entre quienes han experimentado este tipo de factores estresantes (Bielas et al., 2016; Bifulco et al., 1987; S. Brown & Shillingtonb, 2016; Chapman et al., 2004; Felitti et al., 1998; Green et al., 2010; Hughes et al., 2017; Koskenvuo & Koskenvuo, 2015; Larkin et al., 2012; Logan-Greene et al., 2017; Mock & Arai, 2011). Gracias a estudios seminales complementarios sobre el desarrollo del cerebro (Keating & Hertzman, 1999; Lerner, 1984) como a las afirmaciones de Elder (1998) & Dannefer (1984) fundadores de la Perspectiva Cuso de Vida, diversas investigaciones posteriores han demostrado que la exposición temprana a estresores se integra en el comportamiento biológico de los sujetos afectando el curso normal de maduración y adaptación de estructuras y vías cerebrales (Harris & Schorpp, 2018; McEwen, 2012; McEwen & Gianaros, 2010; Yang et al., 2017). Sin embargo, pese a la excesiva proliferación de investigaciones que consideran el efecto de sets de factores estresantes específicos como parte de un constructo latente (ACE) sobre distintas psicopatologías en etapas de vida posteriores, no existe consenso respecto a una conceptualización que permita (i) discriminarlas de un sinnúmero de diversos estresores que se han asociado al desarrollo de desórdenes mentales y (ii) considerar el “maltrato infantil” o la “negligencia emocional” como equivalentes (Kalmakis & Chandler, 2014; McLaughlin, 2018).

Dos metaanálisis cuyo objetivo era describir y sistematizar la literatura sobre ACES y psicopatologías contribuyen en la generación de una conceptualización adecuada de éstas. McLaughlin (2018) señala que éstas corresponderían a la “(...) exposición durante la niñez o adolescencia a circunstancias ambientales que probablemente requieran una adaptación psicológica, social o neurobiológica significativa por parte de un niño promedio y que

representen una desviación del ambiente esperable”⁵ (McLaughlin, 2018, p. 3). Mientras que Kalmakis & Chandler (2013), de manera complementaria, atribuyen cinco características que un factor estresante debe cumplir para ser considerado una ACE (*Adverse Childhood Experience*), a saber, (i) dañinas, (ii) crónicas, (iii) angustiantes, (iv) acumulativas y (v) de gravedad variable. En consecuencia, las experiencias adversas son perjudiciales para los niños, perjuicio que puede ser intencional (abuso o maltrato físico o psicológico) o resultado de la omisión de la atención necesaria, a menudo se experimentan de manera prolongada, suscitan reacciones emocionales negativas, su efecto es acumulativo pues ocurren de manera solapada, y su efecto puede ser moderado por la resiliencia individual y las redes de apoyo con las que el niño o adolescente cuente.

En general la investigación sobre ACE y psicopatologías ha adoptado el enfoque de riesgo acumulativo para determinar el efecto que múltiples experiencias adversas tienen en la salud mental de niños y adolescentes (Bielas et al., 2016; Chapman et al., 2004; Dong et al., 2004; Evans & Dongping, 2013; Hughes et al., 2017; Koskenvuo & Koskenvuo, 2015; Logan-Greene et al., 2017; Mock & Arai, 2011). Pues, los sociólogos de la salud mental han argumentado que los contextos y hogares en los que viven aquellos que han reportado experimentar una mayor cantidad de experiencias adversas se caracterizan por bajos niveles educativos, dificultades económicas, disfunción familiar, violencia y consumo de droga en el barrio, limitado acceso a atención de salud física y psicológica (Anda, Butchart, Felitti, & Brown, 2010; Dashiff et al., 2009; Harris & Schorpp, 2018; Jirapramukpitak & Harpham, 2011; Kalmakis & Chandler, 2014; Keating & Hertzman, 1999; Kwong & Hayes, 2017; Larkin et al., 2012; McLaughlin, 2018; Mock & Arai, 2011; Muntaner et al., 2013; Simon, 2014; Wickrama & Noh, 2010). Es decir, existiría una desventaja persistente que se traduciría en la co-ocurrencia de múltiples experiencias adversas y/o en la exposición prolongada a algunas de estas, pues en el modelo, el desarrollo sociobiológico del niño depende de su entorno familiar y social más próximo. En este sentido, las experiencias sociales adversas no sólo refieren a situaciones perjudiciales para el individuo, sino también a condiciones familiares y sociambientales que moldean sus contextos tempranos. Sin embargo, la sola adición de las diversas experiencias a las que el niño pudo estar expuesto para crear una

⁵ Traducción propia.

puntuación de riesgo supone un efecto aditivo y equivalente entre experiencias adversas cualitativamente distintas en términos de su impacto, dificultando la identificación de los mecanismos mediante los que se explica el efecto de la ACE sobre la psicopatología (Evans & Dongping, 2013; McLaughlin & Sheridan, 2016; McLaughlin, 2018).

Atendiendo a las limitaciones que esta forma de analizar el efecto de diversas experiencias sociales adversas en la infancia y/o adolescencia tienen sobre la salud mental trae consigo, Sheridan, McLaughlin (2016, 2018) proponen un “enfoque dimensional” para comprender este efecto acumulativo diferenciando experiencias sociales adversas dañinas y experiencias sociales adversas privativas. Las desviaciones del entorno adecuado para el óptimo desarrollo de los sujetos se expresarían como ausencia o exposición limitada a los insumos necesarios (padres, cuidadores, estimulación), y/o como la presencia de insumos inesperados que suponen amenazas para su bienestar físico y mental (McLaughlin & Sheridan, 2016; McLaughlin, Sheridan, & Lambert, 2014; McLaughlin, 2018). Ambos tipos de ACE supondrían diferentes influencias en el desarrollo emocional, cognitivo y neurobiológico permitiendo con ello el enriquecimiento de las explicaciones a diversas psicopatologías documentadas en la literatura.

La diferenciación como formas “activas” (abuso emocional/maltrato físico) o “pasivas” (negligencia emocional) de experiencias sociales adversas en la niñez y/o adolescencia (Taillieu et al., 2016) ha sido utilizada por varias investigaciones para analizar y documentar la influencia específica que tendrían sobre el desarrollo de ciertos tipos de trastornos. En un estudio longitudinal con una muestra no representativa de adolescentes Hamilton, Shapero, Stange & Hamlat (2013) encuentran que sólo el abuso emocional se asocia a psicopatologías como la depresión y la ansiedad social, no así la negligencia emocional. Kuoa, Goldina, Werner, Heimberg & Gross (2011) sostienen que tanto el abuso como la negligencia emocional está asociada a trastornos de ansiedad y baja autoestima, pero sólo ésta última se asocia fuertemente con síntomas de trastornos depresivos mayores. Los datos que la “National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions” recaba también dan cuenta de asociaciones diferenciadas, en tanto el abuso emocional aumentaría las probabilidades de diagnósticos esquizotípicos y narcisistas, mientras que la negligencia

emocional las de diagnósticos esquizoides y evasivos de la personalidad (Waxman et al., 2014). El trabajo de Pollak y Sinha (2002) aporta mayor claridad en la comprensión de la distinción de efectos, en tanto releva a las emociones como aquel elemento que podría estar generando efectos diferenciados. Para estos investigadores existirían diferencias en el aprendizaje, percepción y reconocimiento de emociones entre los niños que reportan haber sido abusados físicamente y aquellos que reportan haber sido descuidados.

Si bien estudios como los anteriormente citados evidencian diferentes efectos o influencias de ACES privativas/pasivas y dañinas/activas, no existe robusto consenso sobre dicha heterogeneidad (Taillieu et al., 2016) pues la evidencia empírica es confusa. Por ello, y a partir tanto del enfoque dimensional que proponen Sheridan y McLaughlin (2016, 2018) para analizar el efecto de la adversidad social temprana, como de la evidencia empírica revisada, se propone testear la hipótesis que afirma que la exposición a adversidad social temprana tenderá a aumentar la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos (H1). También se espera que las tipologías de adversidad social según sus implicancias los tengan, de modo que:

H1.1. Sufrir adversidad social temprana privativa aumentará la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos.

H1.2. Sufrir adversidad social temprana dañina aumentará la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos.

H1.3. Sufrir adversidad social temprana compleja aumentará la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos.

Ante el escenario anteriormente descrito, diferencias que pueden encontrar explicación en la diferenciación de mecanismos y resultados neurales que la literatura más reciente ha propuesto y que se revisan en los subapartados expuestos a continuación, cuyo fin es contribuir a mejores y más acabados entendimientos de las formas en las que tanto la privación como el daño impactan en la salud mental futura de los sujetos (McLaughlin & Sheridan, 2016; McLaughlin et al., 2014; McLaughlin, 2018; Pollak & Sinha, 2002).

2.2.2 La Heterogeneidad del Efecto de la Adversidad Social Temprana

La investigación sobre los efectos de experiencias sociales adversas en la infancia y/o adolescencia afirma con vasta evidencia que la exposición a éste tipo particular de estresores aumenta las probabilidades de sufrir una serie de psicopatologías a lo largo de la vida (Bielas et al., 2016; Chapman et al., 2004; Green et al., 2010; Horwitz, 2013; Koenen & Rudenstine, 2014; Logan-Greene et al., 2017; McLaughlin et al., 2014; Mock & Arai, 2011), pero también de experimentar dificultades en el aprendizaje (McLaughlin & Sheridan, 2016; McLaughlin, 2018), menores logros educacionales (Muntaner et al., 2013; Rogers & Pilgrim, 2014), problemas de comportamiento (Basto-Pereira et al., 2016; S. Brown & Shillingtonb, 2016; Grisso, 2008; Swisher & Roettger, 2012), entre otros. Sin embargo, gran parte de esta literatura pasa por alto aquellos mecanismos psicosociales que explican estos efectos, es decir, no responden al por qué de estas asociaciones (McLaughlin & Sheridan, 2016, 2016; McLaughlin, 2018; Pollak & Sinha, 2002). Por ello, en el presente apartado se pretende brevemente dar cuenta de aquellos mecanismos más documentados en la investigación empírica, que si bien no serán testeados contribuyen en la comprensión de los resultados que este estudio provee y sustentan un enfoque dimensional en el análisis de experiencias sociales adversas.

La “Carga Alostática” como perturbación del funcionamiento del sistema de respuesta a estresores constituye una de las explicaciones más destacadas por la literatura sobre ACE y salud mental. No obstante, si bien las perturbaciones en el sistema de respuesta al estrés tematizadas en secciones anteriores constituyen muchas veces el último eslabón en el efecto de estas experiencias, no son suficientes para explicar otros *outcomes* en salud mental asociados, ni tampoco diferencian el efecto que experiencias sociales adversas cualitativamente distintas (privativas/pasivas-dañinas/activas) tienen. Por ello, es imperativo desenmarañar los efectos específicos de estos estresores, en tanto existen influencias diferenciadas para cada dimensión sobre las diversas psicopatologías que la literatura documenta, y con ello diferencias en las estrategias preventivas y de tratamiento de dichas psicopatologías (Taillieu et al., 2016).

2.2.2.1 La Influencia de la Privación Temprana en la Salud Mental

Aquellas experiencias sociales adversas que impliquen privación como el abandono o muerte de los padres o cuidador principal, la crianza institucional, la desatención emocional, la pobreza en el hogar, entre otras, se traducen en déficit o ausencia de una estimulación cognitiva y social adecuada y estable. En otras palabras, la desviación de un ambiente típico de crianza, esto es sin privaciones emocionales y/o materiales implica insuficientes procesos de aprendizaje, en tanto la ausencia de interacciones consistentes, sensibles y frecuentes con los padres o cuidadores priva a los niños de experiencias sensoriales, lingüísticas, sociales, motoras y afectivas que proporcionan los insumos necesarios para dichos procesos (Bradley, Corwyn, & McAdoo, 2001; McLaughlin & Sheridan, 2016; McLaughlin, 2018). Como consecuencia de esta insuficiencia, la literatura ha documentado baja autoestima, estilos inmaduros de afrontamiento, recurrencia de pensamientos negativos y estilos inseguros de apego (Finza-Dottan & Karu, 2006; Gibb et al., 2007; Hamilton et al., 2013).

Bowlby (1952,1989) proporciona un modelo teórico que permite comprender de manera más acabada las implicancias de las privaciones indicadas anteriormente. La falta de amor, afecto y apoyo que caracterizaría estas experiencias sociales adversas comprometen la capacidad de crear vínculos seguros, hecho que impacta de forma negativa en la salud mental de los sujetos. El autor señala que los seres humanos nacen con un sistema “psicobiológico” que los impele a buscar proximidad de otros seres sociales significativos cuando sienten necesidades, si las interacciones con esos otros significativos o “figuras de apego” están próximas y dispuestas para proveer apoyo sensible entonces existe una promoción de sentidos estables de seguridad y apego fundamentales para construir representaciones mentales positivas propias, y del entorno social y físico que rodea al sujeto, en tanto esta promoción se traduciría en el aprendizaje de emociones positivas (alivio, satisfacción, gratitud, esperanza) (Bowlby, 1952, 1989). Sin embargo, cuando dichos seres significativos no están disponibles, o lo están de una manera limitada y/o no adecuada la búsqueda de proximidad no logra aliviar las emociones negativas que implica la insatisfacción de las necesidades de apego, cuestión que aumenta las probabilidades de psicopatologías

emocionales posteriores. En consecuencia, la interferencia en el desarrollo temprano de bases psicoemocionales seguras, reducen la capacidad de resiliencia para hacer frente a estresores presentes en el medio social, aumentando con ello la carga alostática que pueden significar éstas y la probabilidad de desintegración psicológica ante posibles crisis (Blake & Jay, 2013; Mikulincer & Shaver, 2001, 2012; Umberson et al., 2010, 2013).

Los efectos de este tipo de experiencias sociales adversas han sido referidos a trastornos psiquiátricos de interiorización caracterizados por una gran afectividad y emocionalidad negativa. Mikulincer & Shaver (2012) realizan un metaanálisis de estudios transversales, longitudinales en muestras clínicas y no clínicas encontrando que aquellos que habían vivido experiencias adversas sociales que implicaban privaciones emocionales reportaban en mayor medida depresión, trastornos ansiosos, trastornos obsesivos-compulsivos, trastorno de estrés postraumático y tendencias suicidas. Asimismo, Murray & Farrington (2008) evidencian que el abandono de un padre por motivos de encarcelamiento se asocia positivamente con el desarrollo de depresión y ansiedad. Sumado a esto, Hildyard & Wolfe (2002) autores de una de las investigaciones más influyentes en el análisis que las ACE tienen sobre el desarrollo de los sujetos, argumentan que además de psicopatologías Interiorizantes la negligencia infantil aumenta la probabilidad de déficit cognitivos y de aislamiento social perpetuando la desventaja acumulada de grupos vulnerables.

2.2.2.2 La Influencia del Daño Físico y Psicológico Temprano en la Salud Mental

Experiencias sociales adversas en la infancia/adolescencia que involucran daño y/o amenaza como lo son la violencia, el maltrato físico y/o psicológico o la observación de este en el hogar o barrio alteran el desarrollo emocional facilitando apresuradas identificaciones de potenciales amenazas en el medio social como respuesta adaptativa a los peligros de crianzas que involucran este tipo de experiencias (McLaughlin & Sheridan, 2016; McLaughlin, 2018; McLaughlin & Lambert, 2016), toda vez que la experiencia del maltrato, el abuso y/o la violencia produciría distorsiones en la “comprensión social” de aquellos que son afectados por estas (Luke & Banerjee, 2013).

La comprensión social puede ser entendida como la capacidad para comprender sentimientos, emociones, deseos y roles en el comportamiento social, incluyendo la capacidad de reconocer expresiones emocionales en otros sociales así como el tipo de situaciones que suponen determinadas emociones (Sullivan et al., 2008). El desarrollo inadecuado de estas capacidades ante contextos sociales amenazantes puede traducirse en discriminaciones de amenazas generalizadas. Específicamente, cuando en el contexto social temprano más próximo del sujeto existen amenazas para su integridad física y/o psicológica, éste “(...) debe mostrar cambios en la percepción y el reconocimiento de las emociones, en la atención y memoria de los estímulos emocionales, en el aprendizaje emocional, y en la reactividad y regulación de las emociones”⁶ (McLaughlin, 2018, p. 20).

En consecuencia, estos niños muestran sesgos en el procesamiento de la información que el medio social le provee dirigiendo su atención hacia estímulos amenazantes, atribuyendo hostilidad a situaciones que no necesariamente lo son (sesgo de atribución hostil), produciendo reacciones emocionales negativas generalizadas (miedo, angustia, ansiedad, ira) a estresantes cotidianos (McLaughlin, 2018; McLaughlin & Lambert, 2016; Wichers et al., 2009). El niño haría uso de una serie de datos almacenados en su memoria en sus respuestas emocionales y conductuales, entre los que se encontrarían las situaciones, emociones y conocimientos sociales que ha experimentado (Luke & Banerjee, 2013). En consecuencia, las experiencias sociales tempranas “hacen que ciertos estímulos sean más prominentes, y que los sistemas perceptivos en desarrollo de sintonicen con dichos estímulos”⁷ (Luke & Banerjee, 2013, p. 5). Shackman, Shackman y Pollak (2007) evidencian que los tiempos de respuesta de niños maltratados física y/o psicológicamente en la identificación de rostros enojados fueron menores en comparación a aquellos que no habían sido maltratados, rapidez que no fue observada cuando se trataba de la identificación de rostros felices. Leist & Dadds (2009) reportan correlaciones positivas entre el abuso físico y emocional y el reconocimiento de miedo y tristeza en jóvenes de entre 16 y 18 años, demostrando la hipersensibilidad a emociones negativas por parte de estos niños expuestos a este tipo de experiencias sociales adversas.

⁶ Traducción propia.

⁷ Traducción propia.

El aumento de la atención y percepción de estímulos amenazantes, y de reacciones emocionales negativas se ha asociado al desarrollo de trastornos psiquiátricos de exteriorización, vinculados a la impulsividad, a la desinhibición (Franco, 2015) como lo son los trastornos de comportamiento problemático y el abuso y dependencia de drogas y alcohol (Bielas et al., 2016; Brown & Shillingtonb, 2016; Danese & McEwen, 2012; Douglas et al., 2010; Genet, 2016; Green et al., 2010; Jirapramukpitak & Harpham, 2011; Koskenvuo & Koskenvuo, 2015; McLaughlin, 2018; Otowa et al., 2014). Así también, Harris & Schorpp (2018) señalan que este tipo de experiencias moldean la participación temprana en conductas de riesgo como el inicio temprano en el consumo problemático de alcohol u otras sustancias en tanto éstas constituirían conductas de afrontamiento a falta, muchas veces, de redes de apoyo social. Sin embargo, los efectos de tempranas experiencias sociales dañinas o amenazantes como lo son el abuso emocional o físico también se han asociado al desarrollo de un amplio espectro de trastornos mentales en tanto los mecanismos de influencia aquí expuestos no constituyen en ningún caso formas únicas de impacto, y en general se superponen ante exposiciones a adversidades severas (Taillieu et al., 2016), cuestión que releva la dificultad de categorizar de forma estricta los efectos de una u otra dimensión de adversidad.

En consecuencia, si bien la investigación más reciente sobre los efectos de la adversidad temprana en la salud mental de grupos vulnerables ha relevado la comprensión dimensional de su efecto, en tanto serían distintos mecanismos los que estarían explicando cada influencia, McLaughlin, Sheridan & Lambert (2014) señalan que existe una imposibilidad de conceptualizar todas las experiencias sociales adversas en la infancia en una u otra dimensión. En tanto existen experiencias adversas severas denominadas “experiencias complejas” como es el caso de la crianza institucional o vivir en la calle por ejemplo, que podrían implicar tanto situaciones dañinas, como de negligencia, lo que complica la identificación de su efecto sobre el desarrollo psicopatologías específicas.

2.2.3. Adversidad Social Temprana y Salud Mental desde una Perspectiva de Curso de Vida

La literatura que ha analizado los efectos de experiencias sociales adversas tempranas afirma con cuantiosa evidencia empírica que los contextos y circunstancias tempranas influyen en la salud y estados sociales posteriores (Bassett, 2013; Basto-Pereira et al., 2016; Bielas et al., 2016; S. Brown & Shillingtonb, 2016; Chapple et al., 2005; Chassin et al., 2013; Gaete et al., 2014b; Grisso, 2008; Lim et al., 2012; Logan-Greene et al., 2017; Sailas et al., 2005; Swisher & Roettger, 2012). Precisamente esta hipótesis es una de las premisas que la perspectiva curso de vida sostiene en la comprensión que hacen del desarrollo biológico y social de los sujetos. Trabajos seminales como el de Elder (1998, 2003) o más recientes como el de Bernardi, Huinink & Settersten (2018) señalan que los resultados en salud en cualquier momento de la vida de un sujeto reflejan y devienen de interacciones previas entre las fuerzas sociales y biológicas que determinan su desarrollo y bienestar, así como también sumen a grupos sociales vulnerables en procesos de desventaja acumulativa. En este sentido, adoptando una mirada relacional, esta perspectiva señala que las relaciones sociales pasadas y actuales son relevantes para la salud mental de los sujetos. En consecuencia, el enfoque curso de vida permite estudiar cómo exposiciones sociales adversas se meten debajo de la piel, afectando funciones fisiológicas dependiendo de la etapa de vida en la que el individuo estuvo expuesto, la intensidad y duración de dichas exposiciones en la vida de las personas.

Ampliamente abordado en la literatura de curso de vida es el “Modelo de Periodo Sensible” para relevar la importancia de la etapa de vida en la magnitud y diversidad del efecto en salud mental de exposiciones a estresores (Bernardi, Huinink, & Settersten, 2018b; Bifulco et al., 1987; Elder, Johnson, & Crosnoe, 2003; George, 2013b; Halfon et al., 2018b; Harris & Schorpp, 2018; McLaughlin, 2018). El efecto de la etapa del desarrollo en la que los sujetos sufren adversidades devenidas de la posición socioeconómica que ocupan, de sus contextos inmediatos, y de la propia constitución biológica de estos, sustenta, de manera general, su importancia en la mayor o menor “plasticidad” con la que las personas cuentan en determinados periodos. Es decir, la importancia de distinguir y observar periodos sensibles radica en un “mecanismo de inserción biológica” por medio del cual exposiciones sociales adversas durante dichos periodos o ventanas sensibles del complejo desarrollo humano, como lo son la infancia y adolescencia, pueden inducir cambios estructurales y funcionales en el

sujeto, que no son fácil ni rápidamente reversibles, así como tampoco observables en el corto plazo (latentes) (Harris & Schorpp, 2018; Smith & Ireland, 2009).

La infancia ha sido reconocida como una etapa en la que los diversos sistemas biológicos en desarrollo son más adaptables y por tanto cuando las influencias exógenas, esto es exposiciones sociales y ambientales, pueden tener como resultado diferentes respuestas adaptativas, de ahí la mayor vulnerabilidad de este periodo reportada por la investigación. La psicología del desarrollo, de manera complementaria, ha argumentado que si los procesos específicos del desarrollo inicial cognitivo, emocional, conductual y social no son completados con éxito en las edades correspondientes el desarrollo posterior tendrá distorsiones y/o retrasos. En una línea similar, Hugues & Ensor (2005) señalan que más que la presencia de vínculos socioafectivos en la infancia lo importante para el desarrollo de comprensión social es la calidad de estos, de modo que la exposición temprana a experiencias sociales adversas, que implican una merma en la calidad de estos, puede tener efectos de amplio alcance en la vida de los sujetos. Si bien ha habido un crecimiento sustancial de la investigación que toma en consideración los postulados de la literatura de curso de vida, existe un déficit de estudios que analicen el efecto del periodo de ocurrencia en los posibles resultados en salud mental debido muchas veces a la no disponibilidad de amplias series de tiempo en los datos, por ello y apoyados en los planteamientos explicitados anteriormente se propone testear la hipótesis que afirma que la exposición a adversidad social temprana durante la infancia aumentará en mayor medida la probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico (H2), así también se esperará que las tipologías de ésta tengan efecto similar, de modo que:

H2.1. Sufrir adversidad social privativa durante la infancia aumentará la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos

H2.2. Sufrir adversidad social dañina durante la infancia aumentará la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos

H2.3. Sufrir adversidad compleja privativa durante la infancia aumentará la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos

Por otra parte, los efectos de la duración y ocurrencia de experiencias sociales adversas pueden ser determinados y analizados mediante el “Modelo Acumulativo del Ciclo de Vida” que enfatiza las consecuencias de la desventaja persistente en el tiempo en la salud y desarrollo de los sujetos. Este modelo señala que

*“las transiciones específicas del tiempo y los puntos de inflexión en el desarrollo de la salud también se derivan de caminos socialmente estructurados que vinculan experiencias y exposiciones en formas influenciadas por el tiempo que crea patrones recursivos y de refuerzo mutuo de riesgo, protección y promoción”*⁸
(Halfon et al., 2018, p. 33).

En este sentido, las vías de desarrollo que el organismo sociobiológico adopta no sólo dependen de periodos sensibles o críticos, sino también del efecto acumulativo de la exposición a experiencias sociales adversas (Halfon et al., 2018; Harris & Schorpp, 2018; McLaughlin, 2018). Los efectos acumulativos de la vulnerabilidad estructural tematizada en apartados anteriores producto de la estratificación social imperante pueden ser resultado de exposiciones repetidas o crónicas a estresores, y en este sentido de la duración, y/o resultado de múltiples exposiciones a diversas experiencias sociales adversas, o en otros términos de la co-ocurrencia de estas (Harris & Schorpp, 2018).

McLaughlin & Sheridan (2016) señalan que la comprensión de los efectos de la adversidad temprana debe considerar que la mayoría de los niños que han estado expuestos a un tipo de adversidad social también lo ha estado a una multiplicidad de otras adversidades, por ello determinar el impacto de dicha co-ocurrencia es de suma relevancia a la hora de evitar la atribución errónea de efectos a una única experiencia adversa. La evidencia empírica respecto del mayor impacto de la co-ocurrencia de adversidades tempranas sobre la salud mental de los sujetos ha sido consistente en demostrar que la acumulación del riesgo no sólo aumenta las probabilidades de desarrollar diversas psicopatologías en tiempos posteriores a la exposición, sino también las de su gravedad y con ello resistencia a posibles tratamientos psicológicos y farmacológicos (Bernardi et al., 2018; George, 2013; Halfon et al., 2018;

⁸ Traducción propia.

Harris & Schorpp, 2018; Kuh et al., 2003; Smith & Ireland, 2009). Así, con los datos de “The National Comorbidity Survey Replication” (NCS-R), una de las encuestas sobre salud mental más importantes de Estados Unidos, Green y colegas (2010) demuestran que el efecto de las adversidades sobre la salud mental es aditivo: un mayor número de ocurrencia de éstas aumentaba la magnitud de la asociación encontrada. Así también, estos datos sugieren que cuanto mayor sea el índice de riesgo, esto es el número de adversidades experimentadas, mayor el deterioro generado por el padecimiento del trastorno psiquiátrico en la adultez. En consecuencia, se propone testear la hipótesis que afirma que la co-exposición a adversidad social temprana tenderá a aumentar la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos (H3).

El enfoque de riesgo acumulativo ha sido aquel más utilizado para analizar la exposición múltiple y/o repetida de adversidad en la infancia. Sin embargo, investigaciones más recientes (K McLaughlin et al., 2014; K McLaughlin & Sheridan, 2016; Katie McLaughlin, 2018; Taillieu et al., 2016) señalan que el análisis mediante un enfoque acumulativo que asuma igualdad en el efecto aditivo de cada experiencia adversa está pasando por alto formas de impacto en el desarrollo de los sujetos cualitativamente distintos. Por ello, sugieren diferenciar efectos acumulativos que puedan ser estimados asumiendo viablemente la equivalencia de impactos de exposiciones sobre la salud mental que sean explicados bajo mecanismos similares. Ello, impele a testear efectos acumulativos diferenciados para la salud mental de infractores mediante las siguientes hipótesis:

H3.1. La co-exposición a adversidad social temprana privativa aumentará la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos.

H3.2. La co-exposición a adversidad social temprana dañina aumentará la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos.

H3.3. La co-exposición a adversidad social temprana compleja aumentará la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos.

Por otro lado, el efecto de la duración de las exposiciones a experiencias adversas sobre la salud mental de los sujetos ha sido escasamente testeado y analizado. No obstante, algunas investigaciones han tomado en cuenta la importancia de la acumulación de riesgo

latente para hipotetizar que mientras más tiempo los sujetos estén expuestos a amenazas, privaciones y/o experiencias que impliquen la activación de mecanismos biológicos adaptativos, mayor es la probabilidad de afecciones en salud. Así, por ejemplo, estudios como los de Mossakowski (2008) o de Strohschein (2005) evidencian que la pobreza persistente tiene efectos de mayor magnitud en salud mental que episodios intermitentes de pobreza, indicando que la extensión de la exposición no debe ser pasado por alto en la comprensión de las consecuencias del estrés temprano. En consecuencia, se propone testear la hipótesis que afirma que a mayor duración de la exposición a adversidad social temprana mayor será la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos (H4) así también se espera un efecto similar de las tipologías de ésta, de modo que:

H4.1. Una mayor duración de la exposición a adversidad social temprana privativa se asociará a una mayor probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos.

H4.2. Una mayor duración de la exposición a adversidad social temprana dañina se asociará a una mayor probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos.

H4.3. Una mayor duración de la exposición a adversidad social temprana compleja se asociará a una mayor probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos.

Desde el paradigma de la perspectiva curso de vida la adversidad social se mete debajo de la piel afectando funciones fisiológicas dependiendo de la etapa de vida en la que ocurren, la duración y la acumulación de estas exposiciones. En consecuencia, la incorporación de esta perspectiva en el análisis de la problemática de la presente investigación, aporta en la comprensión de cómo procesos y contextos sociales median la biología a lo largo de la vida, toda vez que en todas las etapas del desarrollo humano son las fuerzas sociales y biológicas interrelacionadas las que lo determinan, poniendo en marcha una cadena de eventos, privaciones y escasez de oportunidades interdependientes entre sí a lo largo de la vida de quienes ocupan bajas posiciones sociales, generando, entre otros *outcomes*, malos resultados en salud mental.

III. DATOS & MÉTODOS

En esta sección se presentan todos aquellos aspectos metodológicos que el lector deberá tener en cuenta a la hora de comprender los resultados expuestos en el siguiente capítulo. Entre ellos, la descripción de la fuente de los datos que se utiliza, la estrategia de análisis de estos, el tratamiento de las variables consideradas, y los modelos de regresión estimados para el análisis de los cuatro sets de hipótesis propuestos.

3.1. Fuente de Datos: Estudio Trayectorias Delictuales y Uso de Drogas en Infractores Adolescentes

En la última década el sistema legislativo chileno ha implementado cambios relevantes para enfrentar la delincuencia juvenil, el más relevante corresponde a la reconfiguración de los principios establecidos para el tratamiento de adolescentes y jóvenes infractores. Este nuevo marco legal del sistema penitenciario creó un sistema de justicia juvenil especializado y concentrado en jóvenes de entre 14 y 18 años, bajo la responsabilidad del Servicio Nacional de Menores (SENAME) institución que desde el 28 de noviembre del 2005 deberá ejecutar las sanciones y la reinserción de éstos de modo de armonizar su tratamiento a los estándares establecidos por la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) durante el procesamiento penal⁹. Bajo este contexto, y la evidencia entregada por SENAME que señala que 1 de cada 2 atendidos por este Servicio será condenado como adulto que revela la ineffectividad de las múltiples intervenciones enfocadas en la población más vulnerable, el proyecto Fondecyt 1121107 “Trayectorias Delictuales y Uso de Drogas en Infractores Adolescentes” se propuso como objetivo recabar información que dé cuenta de los diversos factores que enactan determinadas realidades durante la infancia y adolescencia, y que - la literatura ha evidenciado – se asocian con el inicio de trayectorias delictivas. Para ello, el estudio buscó reconstruir las trayectorias de los adolescentes y jóvenes infractores en ámbitos como los arreglos residenciales (personas/instituciones en/con las que vive/vivió), trayectorias laborales, escolares, delictivas, de adversidad social y de consumo de drogas,

⁹ Este nuevo sistema contempla sanciones privativas y no privativas de libertad, las primeras son administradas directamente por SENAME en centros adaptados y dispuestos para ello, mientras que las segundas están a cargo de organismos colaboradores acreditados entre los que se cuentan diversas fundaciones y corporaciones (ISUC & Fundación San Carlos de Maipo, 2015).

todas prioritarias de analizar para comprender su desarrollo, utilizando la técnica del calendario de vida o *life history calendar* (LEC)¹⁰ cuyas características lo hacen un método idóneo para los propósitos del estudio¹¹. Así también, exploró (i) prevalencias de trastornos psiquiátricos definidos por el DSM-IV mediante la aplicación del Mini International Neuropsychiatric en su versión para adultos (M.I.N.I) y para niños y adolescentes (M.I.N.I KID), y (ii) evaluó la personalidad y carácter de los adolescentes y jóvenes infractores mediante la aplicación del Cuestionario del Temperamento y Carácter para niños y adolescentes (JTCI). Finalmente, el estudio pesquisó características individuales relacionadas con su identidad, su madurez psicológica, el nivel de riesgo y de eficacia colectiva de su barrio, y la presencia o ausencia de factores asociados a la teoría del control social¹².

3.2 Muestra

Si bien el estudio constó de tres olas, la muestra analizada en esta investigación corresponde a aquella cuyos datos se recogieron en la primera ola. La muestra se compone de 990 adolescentes y jóvenes infractores que hayan sido condenados por el sistema de justicia juvenil chileno a cumplir condenas en programas no privativos de libertad, a saber, programas de libertad asistida (PLA) y libertad asistida especial (PLE), y en programas

¹⁰ Para facilitar la comprensión de esta técnica se expone en la sección 7.1 del VII. Anexo (i) la primera página del calendario que da cuenta de las instrucciones y fraseos que los aplicadores capacitados en la técnica debían utilizar, y (ii) la primera página de llenado que da cuenta de la mayoría de las variables independientes de interés medidas de manera longitudinal.

¹¹ Entre estas se cuentan:

- i. Requiere de la utilización de recursos gráficos (el calendario) que representan el tiempo vivido dividido en unidades como años, meses, semanas, etc. Ello propicia que los participantes tengan un mejor acceso a su memoria de largo plazo, en tanto el calendario simula la forma en que los eventos se almacenan en ésta de modo que su historia de vida puede ser representada fácilmente (Belli & Callegaro, 2009; Glasner & Vaart, 2007; Roberts & Horney, 2010).
- ii. El calendario de vida cuenta con diversos ejes temáticos en función de los intereses de la investigación lo que sumado al lenguaje flexible que genera un dialogo con los entrevistados ayuda a reconstruir de manera coherente y ordenada los eventos o situaciones experimentadas.
- iii. El método requiere de la utilización de marcadores o hitos que pueden corresponder a eventos personales o públicos cuyo fin es ayudar al entrevistado a fijar los eventos de su vida en función de esos hitos de referencia.

¹² Como por ejemplo satisfacción con su relación de pareja, la satisfacción con su trabajo o ocupación, presencia de compañeros prosociales en el trabajo, presencia de hijos, calidad de su relación con los padres (en donde se mide satisfacción, apoyo y cercanía con ellos), calidad de su relación con sus amigos, y control de otros agentes sociales (si les hace caso o se pasa mucho tiempo del día con ellos o no) (ISUC & Fundación San Carlos de Maipo, 2015).

privativos de libertad, a saber, internación en centro de régimen cerrado (CRC), e internación en centro de régimen semi cerrado (CSC)¹³, y que dado el bajo porcentaje de mujeres condenadas o sancionadas (8,8% en el 2012) corresponden sólo a infractores de sexo masculino. Específicamente, corresponde a todos los jóvenes y adolescentes sin límite de edad que se encontraban al año 2012 se encontraban cumpliendo condenas en centros cerrados del SENAME en la Quinta, Sexta y Región Metropolitana (n=377), y a todos aquellos adolescentes de 18 años o menos, que se encontraban cumpliendo condena en los programas de libertad asistida (PLA), de libertad asistida especial (PLE) y Centros Semi Cerrados (CSC) de la RM (n=613). Esta muestra no considera a adolescentes o jóvenes a los que no se les haya aplicado ni el calendario de vida (15 casos) ni el M.I.N.I o M.I.N.I Kid (15 casos), dando un tamaño muestral final de 965 casos¹⁴. La unidad de observación y análisis, por tanto, corresponde a adolescentes y jóvenes infractores de ley de entre 14 y 23 años que hayan sido condenados por el sistema de justicia juvenil chileno a cumplir condenas en programas no privativos de libertad (PLE y PLA) y programas privativos de libertad (CRC y CSC). En la Tabla 1. se detallan los tamaños muestrales considerados según el tipo de medida que cumple:

Tabla 1. Tamaños muestrales según tipo de programa bajo el que cumple sentencia penal

Régimen bajo el que cumple condena	Muestra estudio	Muestra final para análisis
CRC	360	354
CSC	102	94
PLE	162	153
PLA	369	364
Total	993	965

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

¹³ En la sección Anexo se describe en qué consiste cada una de estas medidas.

¹⁴ Dado que la construcción de todas las variables independientes incluidas en los modelos fue realizada agrupando indicadores simples mediante las funciones que el comando “rowtotal” de STATA provee, no se tienen casos perdidos en éstas, aun cuando todos los atributos “No sabe/No responde” fueron considerados como perdidos por el sistema o *missing*.

3.3. Medición, Operacionalización y Distribución de Variables

3.3.1. Variables Dependientes

Las variables dependientes para las que se predice su probabilidad de ocurrencia, corresponden a dos variables dicotómicas dummies que indican el padecimiento de dos tipos de trastornos psiquiátricos: trastornos psiquiátricos Interiorizantes y trastornos psiquiátricos Exteriorizantes. Diferenciación de psicopatologías realizada siguiendo la literatura revisada, las sugerencias realizadas por el equipo de médicos psiquiatras – investigadores del proyecto Fondecyt en el que se enmarca y financia esta investigación – y en la evidencia estadística que entregó el análisis factorial exploratorio realizado.

Ambas variables emergen de los datos recabados mediante la aplicación del Mini International Neuropsychiatric Interview, breve entrevista estructurada de diagnóstico (duración media de 15 minutos) que explora el padecimiento de los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) y el ICD-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), y que en la primera ola se utilizó para determinar prevalencias de abuso y dependencia de sustancias¹⁵, depresión, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, déficit atencional y trastorno de la conducta (ISUC & Fundación San Carlos de Maipo, 2015). Con algunos de estos indicadores se realizó un análisis factorial exploratorio¹⁶ que dio cuenta de dos factores latentes correspondientes a las dos tipologías de trastornos psiquiátricos (Interiorizantes y Exteriorizantes). En

¹⁵ Drogas tales como alcohol, marihuana, tranquilizantes, cocaína, estimulantes, inhalantes.

¹⁶ Esta técnica permite explorar y determinar de manera más precisa el número y naturaleza de las dimensiones o constructos subyacentes entendidas como “variables latentes” a un conjunto de indicadores observados, sin una especificación previa del número de factores o de su estructura factorial. Esta técnica descriptiva derivada de una matriz de correlaciones separa la varianza de cada indicador en una “varianza común” compartida con el factor latente y una “varianza única” combinación de una varianza sistemática y un error asumido aleatorio (Brown, 2006).

Se utilizó una matriz de correlaciones “tetracórica” en tanto, se repara, es la más adecuada para indicadores observados categóricos dummies toda vez que asumen una distribución latente bivariada para cada par de variables estimando correlaciones mediante el estimador iterativo “Maximum Likelihood” a partir de un modelo probit sin variables explicativas (Edwards & Edwards, 1984). A partir de esta matriz se estiman “Cargas Factoriales” (*factor loadings*), medidas estandarizadas de asociación/correlación que agruparon las correlaciones estimadas en dos factores latentes, a saber, trastornos psiquiátricos Interiorizantes y trastornos psiquiátricos Exteriorizantes. Si bien la proporción de varianza total correspondiente a cada factor latente (*Eigenvalues*) es baja, da cuenta claramente de la aparición de estos dos factores reportando comunalidades positivas sólo para estos dos factores retenidos.

consecuencia, la variable “Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante” que toma el valor 1 si es que el sujeto fue diagnosticado con alguno de los trastornos psiquiátricos considerados bajo esta tipología, a saber (i) depresión, (ii) trastornos de ansiedad y (iii) trastorno obsesivo compulsivo, y el valor 0 si el sujeto no padece de estas psicopatologías. Asimismo, la variable “Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante” toma el valor 1 si es que el sujeto fue diagnosticado con alguno de estos trastornos: (i) trastorno de dependencia de alcohol, (ii) trastorno de dependencia de marihuana y (iii) trastorno de dependencia de drogas duras¹⁷, y el valor 0 si es que el sujeto no padece ninguna de estas psicopatologías. Cabe destacar que la categoría “trastornos Exteriorizantes” agrupa diversos trastornos relacionados con el comportamiento perturbado, con el control de impulsos y con el consumo excesivo de drogas blandas y/o duras, sin embargo, en esta ocasión sólo se consideraron en la variable “Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes”¹⁸ estos últimos, a saber, aquellos relacionados al consumo problemático de sustancias que comparten la principal característica con los otros: problemas en el autocontrol del comportamiento y emociones (Franco, 2015). A partir de este tratamiento, la distribución de las dos variables dependientes de la presente investigación es expuesta en la Tabla 2., que evidencia que un 45,5% de la muestra fue diagnosticado con al menos uno de los trastornos psiquiátricos Interiorizantes considerados en el análisis, mientras que un 64% con al menos uno de los trastornos Exteriorizantes considerados en la presente investigación.

¹⁷ Considera sólo las siguientes sustancias tranquilizantes, cocaína, estimulantes, inhalantes.

¹⁸ Esto supone algunas limitaciones para los análisis de los modelos de regresión logística binaria que se revisan en la sección V. Discusión, Limitaciones e Implicancias.

Tabla 2. Descriptivos Univariados para Variables Dependientes

Variable	% Padece	Freq.	N	Mín	Máx
Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizantes y/o Exteriorizante	78.6%	758	965	0	1
Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante	45.5%	439	965	0	1
Depresión	26.1%	252	965	0	1
Trastornos de Ansiedad	10.8%	104	965	0	1
Trastorno Obsesivo Compulsivo	26.6%	257	965	0	1
Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante	64.0%	618	965	0	1
Trastorno de Dependencia de Alcohol	28.3%	273	965	0	1
Trastorno de Dependencia de Marihuana	50.1%	483	965	0	1
Trastorno de Dependencia de Drogas Duras	27.9%	269	965	0	1

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

3.3.2 Variables independientes

Las variables independientes de interés emergen de los datos recogidos por el calendario de vida, así para cada año de vida (1 a 23 años) los adolescentes y jóvenes deben reportar si vivió o no determinada experiencia social adversa. Se considero sólo la información retrospectiva del auto reporte de entre los 5 y 16 años, debido a los posibles sesgos de recordación presentes en medidas como estas¹⁹.

Tal como se describe en la revisión de literatura, es imperativo distinguir el tipo de adversidad que los adolescentes y jóvenes infractores experimentaron de manera temprana. Por ello, se distinguieron tres tipos de adversidad según sus implicancias: adversidad que implicó privación de insumos socioafectivos, adversidad que implicó daño físico y psicológico, y adversidad compleja, esto es, que pudo haber implicado tanto privación como daño físico y psicológico. A continuación, el detalle de las experiencias adversas consideradas en cada tipología:

- a. Adversidad social temprana privativa consideró (i) no vivir con madre, (ii) no vivir con padre, (iii) sufrió fallecimiento de madre, (iv) sufrió fallecimiento de padre, (v) madre encarcelada, (vi) padre encarcelado y (vii) enfrenta paternidad adolescente.

¹⁹ En la sección de V. Discusión, Limitaciones e Implicancias se tematiza este sesgo.

- b. Adversidad social dañina consideró (i) sufrir maltrato físico, y (ii) comisión de delito violento.
- c. Adversidad social compleja consideró (i) permanencia en residencia SENAME y (ii) vivir en la calle.

Así, para analizar el **efecto diferenciado de la adversidad social temprana sobre las probabilidades de padecer trastornos psiquiátricos tanto Interiorizantes como Exteriorizantes (Hipótesis I)** se crea un indicador por cada tipo de adversidad social temprana y uno general que indica si el adolescente o joven experimentó o no algún tipo de adversidad social temprana, cualquiera sea su tipo. Los primeros señalan si el sujeto experimentó cada tipo de adversidad social temprana (privativa, dañina o compleja), de modo que en cada uno de estos tres indicadores el sujeto obtiene un valor 0 si no experimentó alguna de las experiencias adversas consideradas en cada tipo, y un valor 1 si experimentó al menos una durante al menos un año entre los 5 y 16 años. Mientras que, en el indicador general de adversidad social temprana, el sujeto obtiene un valor 0 si no experimentó ninguna de las once adversidades sociales consideradas, y un valor 1 si experimentó al menos una de estas en el mismo periodo de tiempo. Así, mediante estos tratamientos se tiene que un 90,3% de la muestra ha sufrido al menos una experiencia social adversa entre los 5 y 16 años. Cuando se analiza el tipo de adversidad social sufrida se tiene que un 84,5% experimentó adversidad social que implicó privación de recursos socioafectivos, un 38,2% experimentó adversidad social que implicó algún daño físico y/o emocional para estos, y un 26,3% experimentó adversidad social que pudo haber involucrado tanto privación como daño entre los 5 y 16 años de edad. En la Tabla 3. se detalla la distribución de estos indicadores y de aquellos indicadores considerados para la generación de los indicadores recién reportados.

Para analizar **el efecto que tiene el periodo o etapa de vida en la que sujetos experimentan la adversidad social sobre la probabilidad de padecer trastornos Interiorizantes y Exteriorizantes (Hipótesis II)** se crea un set de 8 variables dicotómicas dummies, dos de ellos para determinar si los sujetos experimentan alguna adversidad social, cualquiera sea su tipo, en dos etapas de etapas de vida, a saber, infancia tardía definida en base a la literatura psicosocial de la perspectiva curso de vida entre los 5 y 11 años y adolescencia definida entre los 12 y 16 años de edad. De manera similar, los otros seis

indicadores generados señalan si el sujeto experimentó alguna de las adversidades clasificadas en cada tipo (privativas, dañinas y complejas) en cada una de estas etapas de desarrollo. Cabe destacar, que el indicador de “parentalidad adolescente” sólo fue incluido en la generación de la variable señala si el sujeto experimentó o no adversidad privativa en la adolescencia, esto es entre los 12 y 16 años, puesto que sólo a partir de los 13 años se reportan casos parentalidad. La distribución de cada uno de estos 8 indicadores se detalla en la Tabla 3.

Para analizar el **efecto del riesgo acumulativo, esto es el riesgo que deviene de la co-exposición (experimentar más de una) a experiencias sociales adversas tempranas entre los 5 y 16 años sobre la probabilidad de padecer trastornos Interiorizantes y Exteriorizantes (Hipótesis III)**, se construyen cuatro variables. Cada una de ellas se genera a partir de la suma de los indicadores que señalan si el adolescente o joven sufrió o no una determinada experiencia social adversa entre los 5 y 16 años. Así, para el caso de la variable que evidencia la acumulación del riesgo que supone experimentar cualquier adversidad temprana, sin distinguir su tipo, se creó una variable escalar que corresponde a la suma de las 11 experiencias sociales adversas consideradas con un máximo de 7²⁰, que corresponde al número de experiencias sufridas entre los 5 y 16 años de edad. De igual modo, para el caso de la variable que evidencia la acumulación del riesgo que supone experimentar adversidad temprana privativa se creó una variable escalar que corresponde a la suma de las 7 experiencias clasificadas como privativas según la literatura revisada con atributos seis atributos que van de 0, 1, 2, 3, 4 y 5 o más experiencias sociales adversas privativas sufridas. Para el caso de las variables que evidencian la acumulación del riesgo que supone experimentar adversidad temprana (i) dañina y (ii) compleja se crearon dos variables categóricas de tres atributos, una que corresponde a la suma de las 2 adversidades clasificadas como dañinas y la otra correspondiente a la suma de las 2 adversidades clasificadas como complejas. La generación de estas variables resultó en 3 atributos que indican si el adolescente o joven experimentó 0, 1 o 2 experiencias sociales adversas dañinas o complejas

²⁰ Atributo 8, 9, 10 y 11 fueron agrupados en 7 o más debido a la escasa frecuencia de estos, y por tanto a la posible especificación errónea de efectos.

según sea el caso. La distribución de cada uno de estos 4 indicadores se detalla en la Tabla 3.

Finalmente, para analizar el **efecto que tiene la duración de la exposición a adversidad social temprana, esto es la trayectoria de adversidad entre los 5 y 16 años sobre la probabilidad de ser diagnosticado ya sea con un trastorno psiquiátrico Interiorizante, o con uno Exteriorizante (Hipótesis IV)** se crearon cuatro indicadores continuos que reportan el porcentaje de años que los sujetos sufrieron tanto adversidad privativa, dañina, compleja o cualquiera de ellas en relación al total de años evaluados correspondientes a los transcurridos entre los 5 y 16 años (12). Para ello, se generó un indicador por año mediante el que se determinaba si los adolescentes y jóvenes vivieron o no alguna adversidad social, y si experimentaron o no en cada año cada tipo de adversidad social: privativa, dañina o compleja, de modo que los indicadores simples correspondían a “sufrió adversidad social privativa a los 5 años”, cambiando en cada caso el año y el tipo de adversidad social según fuera la trayectoria de adversidad que se quisiera evaluar. La suma de cada uno de los indicadores creados para determinar si los sujetos experimentaron adversidad social privativa/dañina/compleja en cada año fue dividida por 12 y multiplicada por 100 para obtener el porcentaje de años que experimentó alguna adversidad social, así como también el porcentaje correspondiente a cada tipo de adversidad social entre los 5 y 16 años. La distribución de cada uno de estos 4 indicadores se detalla en la Tabla 3.

3.3.3 Variables de control

Finalmente, se detalla la creación y construcción de las variables que se incluyen como “controles” en los modelos de regresión logística estimados para cada hipótesis. Su inclusión responde a dos beneficios para el análisis, a saber, (i) la reducción de ciertos sesgos que puedan invalidar los resultados de las predicciones sobre las explicaciones de la variabilidad de las variables dependientes que los modelos de regresión entregan de modo de entregar mayor viabilidad al supuesto de media condicional cero²¹, y (ii) la profundización en las

²¹ Formalmente el supuesto se representa $E(\mu|x)=0$, implica que el término error es una variable aleatoria no observada, y su valor esperado es independiente de las variables independientes X_k incluidas en el modelo, esto es, el término error no contiene información adicional a éstas variables que explique la varianza de Y (Wooldridge, 2010).

relaciones encontradas entre ciertas variables independientes y el padecimiento de ambos tipos de trastornos psiquiátricos considerados en la presente investigación.

Precocidad en el inicio del consumo de drogas

Para determinar si los adolescentes y jóvenes comienzan el consumo de drogas como marihuana, cocaína y pasta base de manera precoz, se crearon 2 variables a partir de la recodificación de la variable que indica la edad de inicio de consumo de estas drogas²². Para el caso del inicio precoz del consumo de marihuana se creó una variable dummy que considera en el atributo 0 a aquellos adolescentes y jóvenes que no han iniciado el consumo de esta droga de manera precoz y, por la baja cantidad de casos, considera también a quienes no han iniciado consumo de la droga, de modo que el atributo 1 considera a quienes se iniciaron de manera precoz en el consumo, esto es, antes de los 12 años²³. Para el caso de drogas como la cocaína y pasta base se generó una variable que señala el inicio precoz del consumo de alguna cocaína, esto es inicio en el consumo de cocaína y/o pasta base antes de los 13 años²⁴. La distribución de estas variables se detalla en la Tabla 3.

Presencia de consumo problemático de drogas y de alcohol en núcleo familiar

Para determinar la presencia de consumos problemáticos de drogas o alcohol en el núcleo familiar del adolescente o joven, esto es en padre, madre y/o hermanos se crearon dos variables dicotómicas dummies, una que señala consumo problemático de alcohol y otra que señala el de drogas. En cada una de estas se asignó el atributo 1 si el padre, la madre y/o algún hermano (a) presentan consumo problemático de alcohol o drogas según sea el

²² Para determinar la precocidad en términos de edades se consideró el “Estudio de Prevalencia y Factores Asociados al Consumo de Drogas en Adolescentes Infractores de Ley” realizado por el Instituto de Sociología por encargo del Servicio Nacional de Menores (SENAME) durante junio y agosto del año 2006 en Programas Ambulatorios y Centros Privativos de Libertad de las regiones I, II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X y RM, y que da cuenta de las medias de edad de inicio en el consumo de drogas como marihuana, cocaína y pasta base de 1.468 infractoras e infractores de ley a partir de las cuales se puede caracterizar la magnitud del consumo de esta población que conllevaría muchas veces a relaciones problemáticas con la droga. La consideración de este estudio en la construcción de las variables que aquí se describen refiere a la búsqueda de mayor coherencia entre los indicadores utilizados y las particularidades de la población de adolescentes y jóvenes infractores (ISUC & Fundación San Carlos de Maipo, 2015).

²³ La edad media de inicio del consumo de marihuana reportada por el estudio anteriormente descrito corresponde a 12,3 años para quienes cumplen condena bajo sistemas privativos y 13,2 para quienes lo hacen en sistemas no privativos de libertad (ISUC & Fundación San Carlos de Maipo, 2015).

²⁴ La edad media de inicio en el consumo de cocaína reportada por el estudio anteriormente descrito corresponde a 13,6 años mientras que la de pasta base es de 13,8 años para adolescentes privados de libertad, y de 14 para aquellos que no lo están (ISUC & Fundación San Carlos de Maipo, 2015).

indicador, y el atributo 0 si ninguno de estos tres familiares presenta consumo problemático de alguna de estas sustancias. La distribución de estas variables se detalla en la Tabla 3.

Edad

Variable demográfica incluida en formato continuo y centrada en la media, de modo que la variable indica cuánto se desvía cada sujeto respecto de la media de edad de la muestra considerada para los análisis.

Tipo de programa

Variable categórica que permite saber si el adolescente o joven fue sancionado con obligaciones en programas que implican la privación de libertad o no. Para ello, este indicador asigna el atributo 1 a aquellos que fueron sancionados a cumplir su condena bajo programas que implican la privación de libertad, a saber, internación en régimen cerrado (CRC) o internación en régimen semicerrado (CSC), y el atributo 0 a aquellos que fueron sancionados a cumplir su condena bajo programas que no implican la privación de libertad, a saber, programa de libertad asistida (PLA) o programa de libertad asistida especial (PLE). La distribución de estas variables se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3. Descriptivos Univariados para Variables Independientes

Variable Independiente	Distribución			N	Media	SD	Min	Max
	Atributo	%	Frec.					
Sufrió ACE	No	9.7%	94	965	-	-	0	1
	Sí	90.3%	871					
Sufrió ACE privativa	No	15.5%	150	965	-	-	0	1
	Sí	84.5%	815					
Al menos un año no vivió con madre	No	44.5%	429	965	-	-	0	1
	Sí	55.5%	536					
Al menos un año no vivió con padre	No	22.7%	219	965	-	-	0	1
	Sí	77.3%	746					
Sufrió muerte de madre	No	96.6%	932	965	-	-	0	1
	Sí	3.4%	33					
Sufrió muerte de padre	No	91.6%	884	965	-	-	0	1
	Sí	8.4%	81					
Al menos un año madre encarcelada	No	90.6%	874	965	-	-	0	1
	Sí	9.4%	91					
Al menos un año padre encarcelado	No	74.7%	721	965	-	-	0	1
	Sí	25.3%	244					
Enfrenta parentalidad adolescente	No	91.5%	883	965	-	-	0	1
	Sí	8.5%	82					
Sufrió ACE Dañina	No sufrió	61.8%	596	965	-	-	0	1
	Sufrió	38.2%	369					
Sufrió maltrato físico	No sufrió	81.1%	783	965	-	-	0	1
	Sufrió	18.9%	182					
Comete delito violento	No	72.7%	702	965	-	-	0	1
	Sí	27.3%	263					
Sufrió ACE Compleja	No sufrió	73.7%	711	965	-	-	0	1
	Sufrió	26.3%	254					
Permaneció en SENAME	No	78.7%	759	965	-	-	0	1
	Sí	21.3%	206					
Vivió en la calle	No	89.3%	862	965	-	-	0	1
	Sí	10.7%	103					
Riesgo Acumulado de Adversidad Social Temprana (ACE)	N° de experiencias sociales tempranas adversas sufridas			965	2.65	1.72	0	7
Riesgo acumulado de ACE privativas	N° de experiencias sociales tempranas privativas adversas sufridas			965	1.88	1.23	0	5
Riesgo acumulado de ACE dañinas	No sufre ACE dañina	61.8%	596	965	-	-	0	2
	Sufre 1 ACE dañina	30.4%	293					
	Sufre 2 ACE dañinas	7.9%	76					
Riesgo acumulado de ACE complejas	No sufre ACE dañina	73.7%	711	965	-	-	0	2
	Sufre 1 ACE dañina	20.6%	199					

	Sufre 2 ACE dañinas	5.7%	55					
Sufrió ACE en la infancia	No	30.1%	290	965	-	-	0	1
	Sí	69.9%	675					
Sufre ACE en la adolescencia	No	12.1%	117	965	-	-	0	1
	Sí	87.9%	848					
Sufrió ACE privativa en la infancia	No	33.6%	324	965	-	-	0	1
	Sí	66.4%	641					
Sufrió ACE privativa en la adolescencia	No	19.4%	187	965	-	-	0	1
	Sí	80.6%	778					
Sufrió ACE dañina en la infancia	No	86.8%	838	965	-	-	0	1
	Sí	13.2%	127					
Sufrió ACE dañina en la adolescencia	No	66.4%	641	965	-	-	0	1
	Sí	33.6%	324					
Sufrió ACE compleja en la infancia	No	85.8%	828	965	-	-	0	1
	Sí	14.2%	137					
Sufrió ACE compleja en la adolescencia	No	80.4%	776	965	-	-	0	1
	Sí	19.6%	189					
Trayectoria de adversidad social temprana	Porcentaje de años que experimentó adversidad social respecto al total de años evaluados			965	64.0	39.1	0	100
Trayectoria de adversidad temprana social privativa	Porcentaje de años que experimentó adversidad social privativa respecto a total de años evaluados			965	60.3	41.2	0	100
Trayectoria de adversidad temprana social dañina	Porcentaje de años que experimentó adversidad social dañina respecto a total de años evaluados			965	9.2	17.5	0	100
Trayectoria de adversidad temprana social compleja	Porcentaje de años que experimentó adversidad social compleja respecto a total de años evaluados			965	5.4	12.9	0	100
Variables de Control								
Inicio precoz consumo Marihuana	No inicia precoz	45.1%	435	965	-	-	0	1
	Inicia precoz	54.9%	530					
Inicio precoz consumo alguna Cocaína (Pasta Base - Cocaína)	No inicio consumo	27.2%	262	965	-	-	0	2
	Inicio no precoz de consumo	59.4%	573					
	Inicio precoz de consumo	13.5%	130					
Presencia de consumo problemático de alcohol en núcleo familiar	No	63.6%	614	965	-	-	0	1
	Sí	36.4%	351					
Presencia de consumo problemático de droga en núcleo familiar	No	65.8%	635	965	-	-	0	1
	Sí	34.2%	330					
Edad	Edad del adolescente o joven infractor			965	17.55	1.59	14	23

Edad centrada en la media	Desviación de la edad respecto a media de edad			965	0	1.59	-3.55	5.45
Tipo de programa	Programa no privativo de libertad	53.6%	517	965	-	-	0	1
	Programa privativo de libertad	46.4%	448					

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

3.4. Estrategia Analítica

Con el fin de explorar la asociación entre adversidad social y salud mental se comienza con un análisis descriptivo bivariado que caracteriza de manera longitudinal la exposición a adversidad social y sus tipologías en adolescentes y jóvenes infractores según el padecimiento de trastornos psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes. Así también, con el fin de analizar el efecto que tiene tanto el tipo de adversidad social experimentada, la etapa en la que es sufrida, como la co-exposición y duración de estas, se incluye un análisis de regresiones logísticas. Estos, predicen la probabilidad de padecer alguno de los trastornos psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes considerados en función de una serie de variables que modelan diferentes efectos de la adversidad social temprana según los cuatro set de hipótesis propuestos. Tanto el tratamiento de variables como los análisis que se describen a continuación fueron realizados en el software estadístico STATA 16. A continuación, se explica sucintamente en qué consisten los métodos estadísticos utilizados para llevar a cabo esta estrategia analítica.

El análisis de regresión es una técnica estadística que explica los cambios en la probabilidad de éxito (variable dependiente $Y=1$) como resultado de los cambios en otras variables (variables independientes “x”). Mediante este análisis se pretende (i) describir la fuerza y la dirección de la relación entre la probabilidad de padecer determinado tipo de trastorno psiquiátrico y covariables relevantes controlando por otros factores que podrían estar confundiendo dicha relación, (ii) predecir dicha probabilidad a partir de ciertas combinaciones de valores de estas covariables, y (iii) estimar los efectos de ciertos modelamientos de la adversidad social temprana y el ajuste de estas estimaciones a la realidad mediante coeficientes de regresión y medidas de bondad de ajuste.

Específicamente, el modelo logístico es un modelo de probabilidad no lineal para variables binarias, sin embargo, obtiene la linealidad en el logaritmo de esta probabilidad (log-odds). El modelo logit es estimado mediante el estimador “**Máximo Likelihood Estimate**” (MLE), que mediante múltiples iteraciones (resultados de la función likelihood) obtiene los parámetros más apoyados por los datos, esto es los coeficientes que maximizan el log-likelihood de la función entregando los coeficientes de regresión más eficientes, insesgados y consistentes (Agresti, 2007). De este modo, se estimaron diversos modelos de regresión logísticos que predicen la probabilidad de éxito ($\Pr(Y = 1)$), respecto a la de no éxito ($\Pr(Y = 0)$) esto es de padecer un trastorno psiquiátrico Interiorizante respecto a no padecerlo en función de set de variables cuya inclusión responde a lo afirmado en cada hipótesis, así dicha probabilidad se define:

$$\Pr(y_i = 1|x_{ik}) = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_k X_{ik})}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_k X_{ik})}$$

Para la interpretación de los coeficientes de regresión que entregan estos modelos logit es compleja y poco intuitiva, por ello fueron transformados a “Odd-Ratios” definidos como:

$$\frac{\Pr(y_i = 1|x_{ik})}{\Pr(y_i = 0|x_{ik})} = \frac{\Pr(y_i = 1|x_{ik})}{1 - \Pr(y_i = 1|x_{ik})} = \exp(\beta_k)$$

A continuación, se describen brevemente los modelos logísticos estimados para el testeo de cada hipótesis. Para cada set de hipótesis se estimaron 16 modelos de regresión logística, 8 modelos para predecir la probabilidad de trastornos psiquiátricos Interiorizantes y 8 para predecir la probabilidad del padecimiento de trastornos Exteriorizantes, de los cuales 4 en cada caso fueron modelos no controlados, y 4 controlados. Para el primer set de hipótesis, se estimaron 8 modelos no controlados incluyendo en cada uno de estos una variable que indicaba si experimentó o no adversidad social entre los 5 y 16 años y tipologías, y 8 modelos incluyendo en cada uno estas variables más las covariables consideradas. Para el segundo set de hipótesis, se estimaron 8 modelos no controlados incluyendo en cada uno dos variables que indicaban si el adolescente o joven infractor estuvo expuesto a adversidad social y tipologías durante la infancia (5 – 11 años) y durante la adolescencia (12-16 años), así como 8 modelos controlados incluyendo en cada caso estas variables independientes más las covariables consideradas. Para el tercer set de hipótesis, se estimaron 8 modelos no

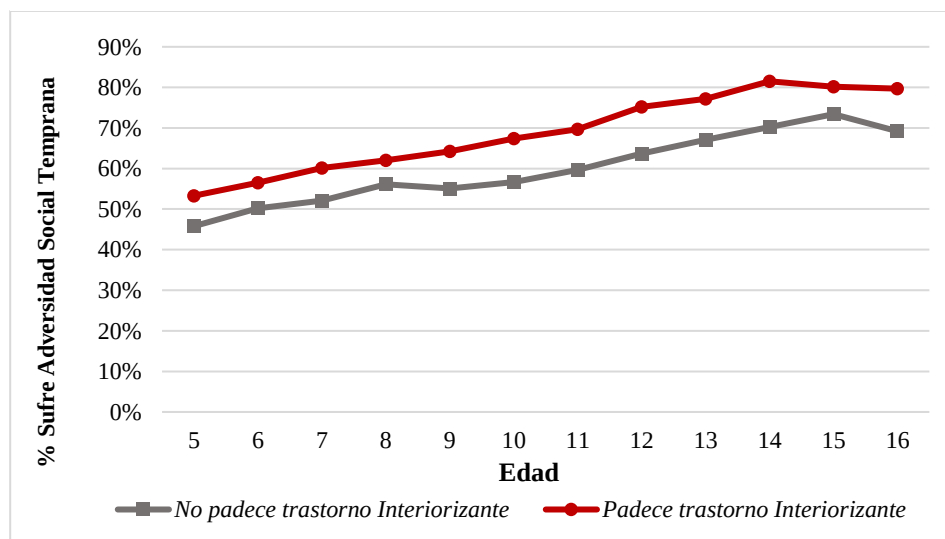
controlados incluyendo en cada uno variables que indicaban el número de experiencias sociales adversas totales y según tipología a las que estuvieron expuestos estos jóvenes, así como 8 modelos controlados incluyendo en cada caso estas variables más las covariables consideradas. Por último, para el cuarto set de hipótesis, se estimaron 8 modelos no controlados incluyendo en cada uno una variable que indicaba la proporción de años entre los 5 y 16 que estuvo expuesto a adversidad social y tipologías, así como 8 modelos controlados incluyendo en cada caso estas variables más las covariables consideradas.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Asociaciones Bivariadas Trayectorias de Adversidad Social Temprana según Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes

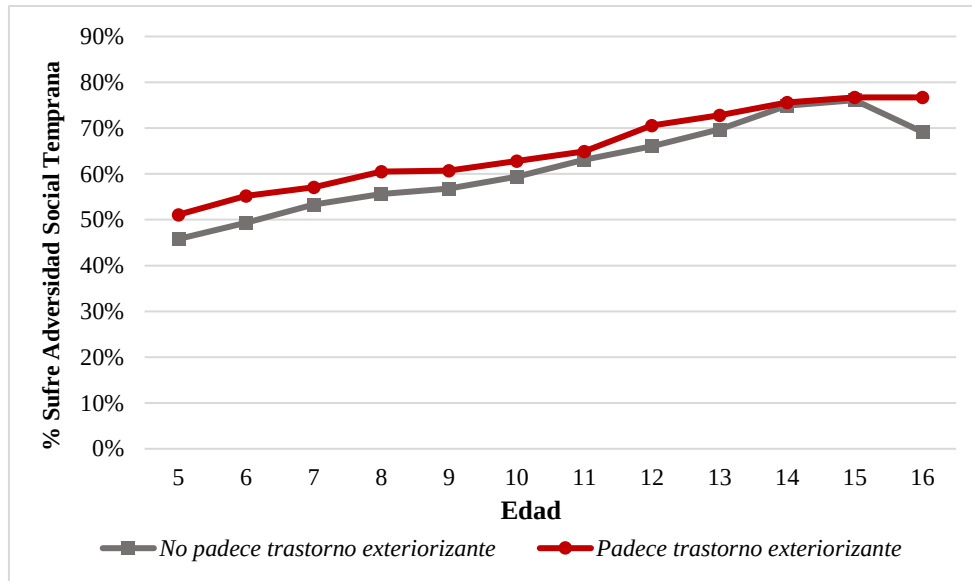
En el siguiente apartado se busca caracterizar de manera longitudinal la exposición a adversidad social temprana y tipologías (privativa, dañina y compleja) a las que se enfrentan los adolescentes y jóvenes infractores a lo largo de su infancia y adolescencia. Así, en cada año se dispone la proporción de sujetos que experimentaron el tipo de experiencia adversa en cuestión según si padece o no trastornos psiquiátricos Interiorizantes y trastornos psiquiátricos Exteriorizantes. En la sección “7.4 Análisis Bivariados Exposición a Adversidad Social y Tipologías según Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos” se pueden observar las tablas de los descriptivos bivariados a partir de las cuales se construyeron los gráficos que se presentan a continuación, junto con la evaluación de significancias estadísticas en cada año. Así también, en la sección “7.5 Análisis Descriptivo Bivariado: Trayectorias de Exposición Adversidad Social Temprana Desagregada según Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes” del mismo apartado se provee de una caracterización longitudinal de la exposición a cada una de las 11 adversidades sociales consideradas, según si el adolescente o joven infractor padece alguno de los dos tipos de trastornos psiquiátricos.

Gráfico 1. Sufrimiento de Adversidad Social Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 2. Sufrimiento de Adversidad Social Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

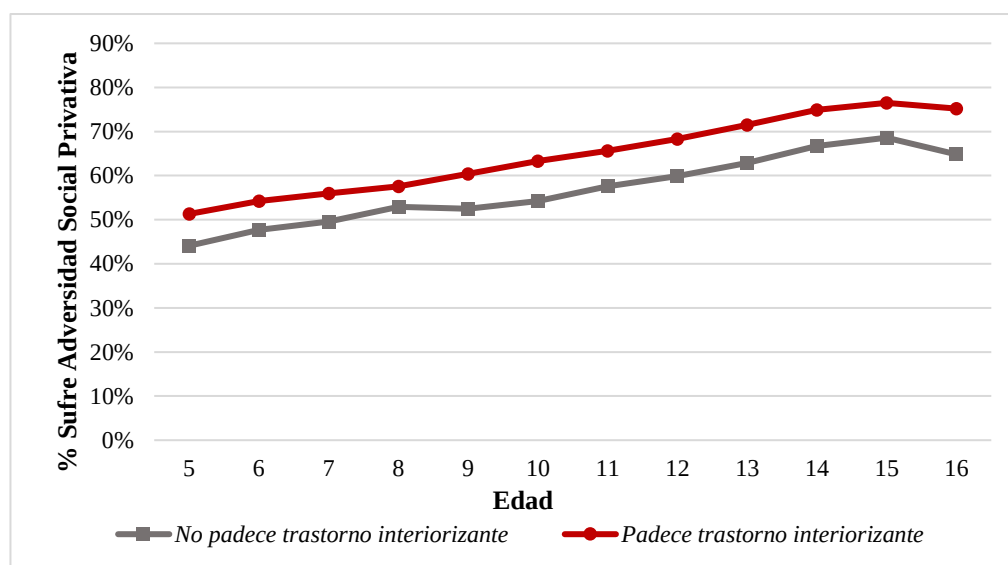
Los gráficos 1 y 2 presentan la exposición a adversidad social temprana a la que los adolescentes y jóvenes infractores se enfrentaron en cada año de vida entre los 5 y 16 años, según si estos padecen o no alguno de los tipos de trastornos evaluados. En un nivel agregado, se tiene que de aquellos sujetos que no fueron diagnosticados con alguno de los trastornos Interiorizantes considerados un 88% sufrió al menos un año alguna de las 11 adversidades sociales incluidas, porcentaje que asciende a un 92.9% entre quienes, si fueron diagnosticados, diferentes que son estadísticamente significativas a un 99% nivel de confianza. Ahora bien, cuando se observan estas diferencias en cada año evaluado se tiene que en la totalidad de estos quienes en mayor medida sufrieron adversidad son aquellos que padecen un trastorno Interiorizante, diferencias que en todos los años fueron estadísticamente significativas a un nivel de confianza convencional²⁵. Cuando las diferencias en la exposición a adversidad social se analizan según el padecimiento de trastornos Exteriorizantes se tiene que entre quienes fueron diagnosticados con alguno de estos últimos (90.3%) y quienes no (90.2%) las diferencias son mínimas (0.1%) y no significativas, y si bien en cada año son

²⁵ Se considera nivel de confianza convencional: 90% nivel de confianza, 95% nivel de confianza y 99% nivel de confianza.

quienes padecen el trastorno los que en mayor medida sufren adversidad, sólo en 3 de los 12 años evaluados son estadísticamente significativas. Asimismo, es interesante notar que a medida que los adolescentes y jóvenes infractores crecen, el porcentaje de quienes sufrieron o sufren alguna adversidad social aumenta, lo que sumado a la magnitud de dichos porcentajes en cada año da cuenta de la alta vulnerabilidad de esta población a exposiciones que pueden repercutir de sobremanera en su desarrollo emocional y neurocognitivo.

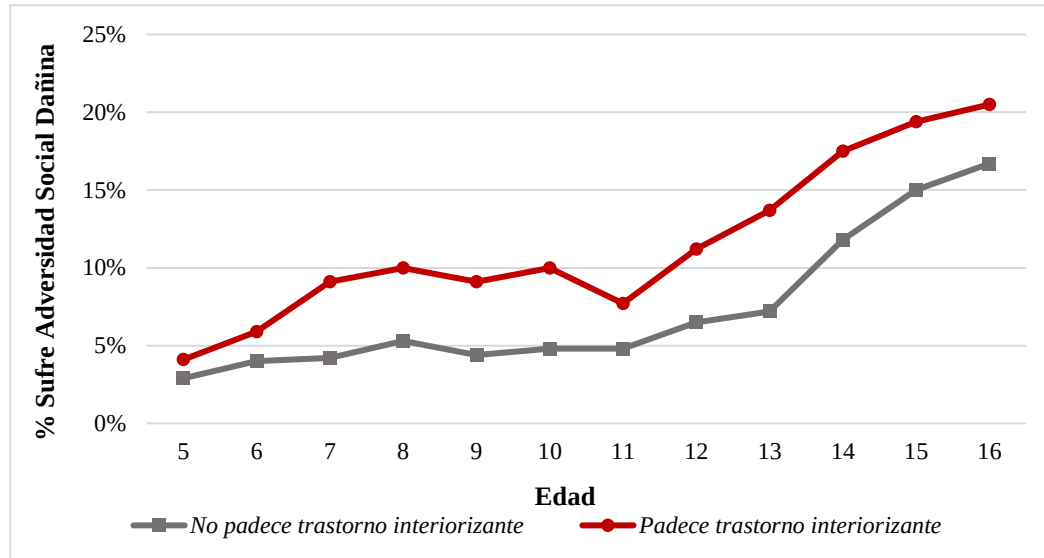
A continuación, se analiza la exposición a adversidad social entre los 5 y 16 según si implicó privación, daño o una combinación de ambos entre quienes padecen y no padecen trastornos psiquiátricos Interiorizantes (Gráficos 3, 4 y 5) y trastornos psiquiátricos Exteriorizantes (Gráficos 6, 7 y 8).

Gráfico 3. Sufrimiento de Adversidad Social Temprana Privativa según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 4. Sufrimiento de Adversidad Social Dañina Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 5. Sufrimiento de Adversidad Social Compleja Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

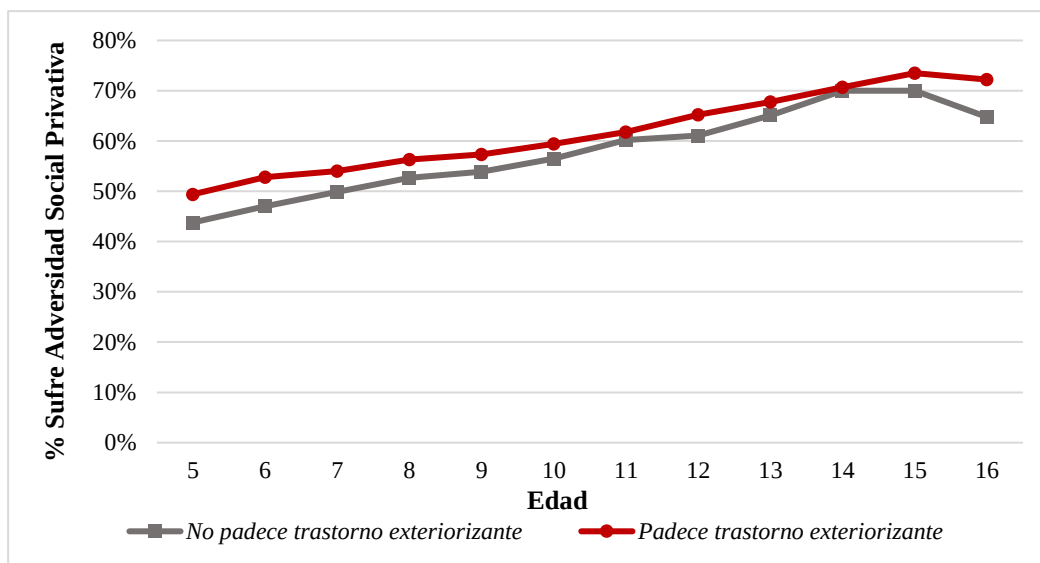
De la observación de los gráficos 3, 4 y 5 es posible evidenciar que los adolescentes y jóvenes que fueron diagnosticados con alguno de los trastornos Interiorizantes considerados en esta investigación son los que en mayor proporción enfrentan adversidades privativas, dañinas y complejas. Específicamente, se tiene que entre aquellos que padecen un trastorno Interiorizante un 87.5% sufrió adversidad privativa, un 42.4% adversidad dañina y un 31% adversidad compleja durante al menos un año entre los 5 y 16 años, mientras que entre aquellos que no fueron diagnosticados con este tipo de trastornos dichos porcentajes descienden a un 81.9% en el caso de la adversidad social privativa, a un 34.8% en el caso de la dañina y a un 22.4% en el caso de la adversidad social compleja, diferencias que para los tres tipos de adversidad son estadísticamente significativas.

Ahora bien, cuando se analizan de manera longitudinal dichas diferencias se observa que en cada año son también los adolescentes y jóvenes que padecen el trastorno psiquiátrico en cuestión los que en mayor proporción cada tipo de adversidades sociales. En el caso de aquella que implica privación, dichas diferencias son estadísticamente significativas en 11 de los 12 años evaluados, y se observa que la probabilidad de sufrir este tipo de adversidad aumenta a mayor edad. En el caso de aquella que implica daño físico y psicológico, dichas diferencias son estadísticamente significativas en 9 de los 12 años evaluados, sin embargo, la relación entre las prevalencias de este tipo de adversidad con la edad no es clara hasta los 11 años, edad a partir de la cual aumenta la probabilidad de enfrentarse a adversidad dañina, tendencia que se explica en parte por el comienzo de trayectorias delictuales²⁶ de los adolescentes y jóvenes infractores evaluados. Finalmente, en el caso de aquella que puede implicar tanto privación como daño físico y psicológico para estos últimos, dichas diferencias son estadísticamente significativas en 7 de los 12 años evaluados, y la tendencia que se observa en esta exposición responde a la naturaleza de las adversidades sociales complejas consideradas (permanencia en SENAME y vivir en la calle), en tanto entre los 5 y 13 años la probabilidad de enfrentarse a adversidad compleja aumenta con la edad mientras que a partir de los 13 ésta declina, en parte porque aproximadamente la mitad de estos adolescentes y

²⁶ Esto implica un aumento en el porcentaje de adolescentes y jóvenes infractores que cometen delito violento, una de las dos experiencias sociales adversas consideradas como dañinas.

jóvenes es sentenciado a cumplir su condena bajo un programa privativo de libertad (CRC y CSC), por lo que el lugar donde moran cambia a partir de los 14 años.

Gráfico 6. Sufrimiento de Adversidad Social Privativa Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



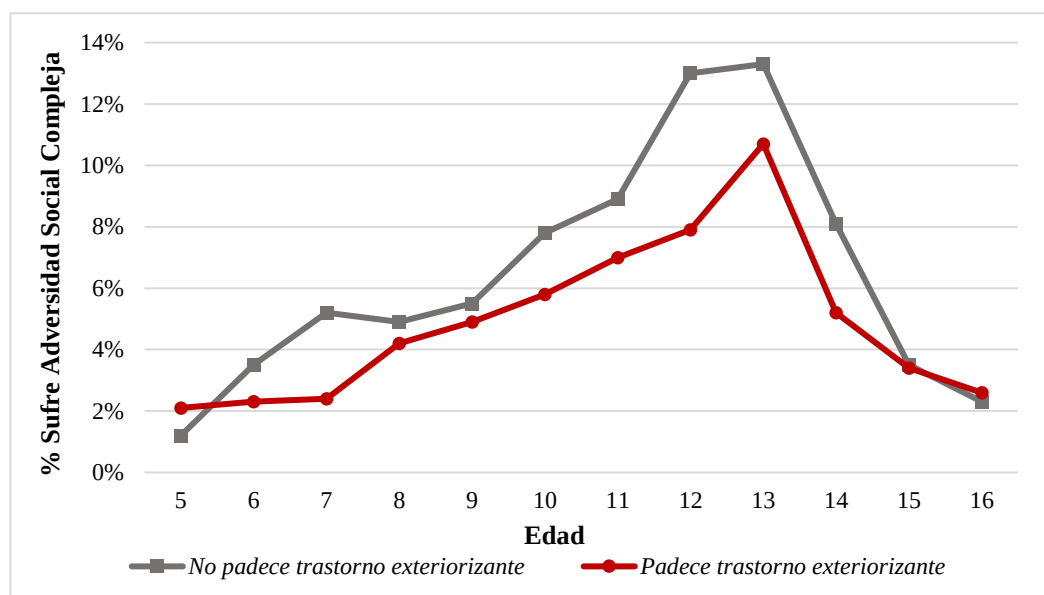
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 7. Sufrimiento de Adversidad Social Dañina Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 8. Sufrimiento de Adversidad Social Compleja Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

A partir de la observación de los gráficos 6, 7 y 8 es posible evidenciar que sólo en el caso de la adversidad social privativa y dañina los adolescentes y jóvenes infractores que fueron diagnosticados con alguno de los trastornos Exteriorizantes son los que están expuestos a estos tipos de adversidad en mayor proporción, mientras que esta proporción para el caso de la adversidad compleja es levemente menor entre quienes padecen alguno de los trastornos Exteriorizantes considerados. Específicamente, se tiene que entre aquellos que padecen este tipo de trastorno un 85.1% sufrió adversidad privativa, un 39.3% adversidad dañina y un 26.2% adversidad compleja durante al menos un año entre los 5 y 16 años, mientras que entre aquellos que no fueron diagnosticados con ninguno de los trastornos Exteriorizantes considerados dichos porcentajes descienden a un 83.3% en el caso de la adversidad social privativa, a un 36.3% en el caso de la dañina y asciende levemente a un 26.5% en el caso de la adversidad social compleja, diferencias que para ninguno de los tres tipos de adversidad social son estadísticamente significativas.

Ahora bien, cuando se analizan de manera longitudinal dichas diferencias se observa que, en concordancia con lo descrito en el párrafo anterior, en cada año son también los adolescentes y jóvenes que padecen alguno de los trastornos psiquiátricos Exteriorizantes

considerados los que en mayor proporción experimentan tanto adversidad social privativa como dañina, y de manera contraria, serían aquellos que no padecen este tipo de trastorno los que, salvo en dos de los doce años evaluados, en mayor medida se enfrentan a adversidad social compleja. Sin embargo, dichas diferencias son estadísticamente significativas a algún nivel de confianza convencional en 3 de los 12 años evaluados para el caso de la adversidad social privativa, en 1 para el caso de la dañina y en 3 para el caso de la compleja. Asimismo, se observan en estas proporciones tendencias similares a las que se analizaron entre quienes padecen y no padecen trastornos psiquiátricos Interiorizantes, en tanto, la probabilidad de exposición a adversidad social privativa aumenta con la edad disminuyendo levemente entre los 15 y 16 años. De igual forma, a partir de los 11 años se observa un aumento de la proporción de adolescentes y jóvenes que sufren adversidad social dañina y padecen trastornos Exteriorizantes, tendencia coherente con el inicio de trayectorias delictuales. No obstante, y contrario a lo que literatura llevó a hipotetizar, si bien con tendencias similares a las que se evidencian para el padecimiento de trastornos Interiorizantes, es interesante notar que este tipo de experiencias pareciese constituirse como un factor protector cuando se trata del riesgo de desarrollar dependencias a drogas duras y blandas, en tanto el control que supone la residencia en SENAME podría disminuir el acceso a este tipo de sustancias, así como la precariedad y carencias extremas que implica vivir en la calle, pueden dificultar el acceso a éstas dada la priorización de los pocos recursos con los que cuentan para sobrevivir.

En suma, la evidencia descrita anteriormente da cuenta de que reparar en la adversidad social como un factor de riesgo para cualquier tipo de trastorno psiquiátrico es sesgado. Las diferencias en los porcentajes de adolescentes y jóvenes que han tenido que experimentar privación, daño o una combinación de ambas de manera temprana (entre los 5 y 16 años), son claras sólo cuando se trata de depresión, trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo, mientras que cuando se trata de trastornos de dependencia ya sea de drogas blandas o duras éstas son más evidentes sólo en el caso de la adversidad social compleja. Explicaciones a estos hallazgos se exploran en los análisis de regresión logística binaria así como en las discusiones de estos resultados expuestos en las secciones siguientes. Finalmente, y respecto a los factores de riesgo incluidos como variables de control, es posible evidenciar en las asociaciones incluidas en las Tablas 23 y 24, que conductas de riesgo como

el inicio precoz en el consumo de marihuana y en el de alguna cocaína (cocaína y/o pasta base) están asociadas significativamente tanto con el padecimiento de trastornos psiquiátricos Interiorizantes como con el de Exteriorizantes. De manera similar, factores de riesgo asociados a contextos que pudieron posibilitar que los adolescentes y jóvenes sufrieran varias de las experiencias adversas consideradas por la literatura y los análisis que aquí se realizan, como la presencia de consumos problemáticos de alcohol o drogas en el núcleo familiar (padre, madre y/o hermanos) también se presentan en mayor proporción entre aquellos adolescentes y jóvenes que padecen algún trastorno Interiorizante y entre aquellos que padecen alguno Exteriorizantes.

4.2 Determinantes del Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes: El Efecto de la Adversidad Social Temprana para Adolescentes y Jóvenes Infractores

Toda vez que el objetivo principal de la presente investigación es determinar el efecto que la adversidad social temprana tiene sobre la salud mental de adolescentes y jóvenes socioeconómicamente vulnerables e infractores de ley, se estimaron una serie de modelos de regresión logísticos binarios, mediante los que se analiza en qué medida la exposición a la adversidad predice el padecimiento de trastornos psiquiátricos tanto Interiorizantes como Exteriorizantes dependiendo de qué implicó dicha adversidad (privación, daño o ambos) (Hipótesis I), de la etapa de vida en la que ocurre la exposición (Hipótesis II), de la co-ocurrencia (Hipótesis III) y duración de dicha exposición (Hipótesis IV).

4.2.1 Hipótesis I

La primera hipótesis que emerge a partir de la revisión de literatura realizada busca analizar cómo se asocia el sufrimiento de adversidad social durante al menos un año entre los 5 y 16 años con el padecimiento de psicopatologías Interiorizantes y Exteriorizantes, y si dicha asociación difiere según el tipo de adversidad evaluada. Dicho esto, como se aprecia en la Tabla 4, haber sufrido cualquier tipo de adversidad social temprana (Modelo 1), o sus tipologías, a saber, adversidad social privativa (Modelo 2), adversidad social dañina (Modelo 3), o adversidad social compleja (Modelo 4) no se asocia de manera significativa con una mayor probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos Interiorizantes. Sin embargo, es interesante señalar que en el análisis de las relaciones bivariadas, esto es de los modelos no controlados (Tabla 25 en sección 7.6 Anexos), tanto el efecto de sufrir cualquier adversidad (OR=1.79), como el de sufrir adversidad social privativa (OR=1.53), adversidad social dañina (OR=1.37) y adversidad social compleja (OR=1.55) son de mayor magnitud y estadísticamente significativos. La incorporación de los controles considerados, relativos a factores de riesgo como el consumo de sustancias, el consumo problemático de éstas en el hogar y al régimen de libertad del programa bajo el que se encuentra el adolescente, disminuyen de manera importante la magnitud de los efectos de la adversidad y con ello su

significancia estadística²⁷., resultado que impele a indagar la relevancia de dichas variables en la relación original explorada.

Así, análisis adicionales²⁸ indican que la mayor reducción de cada coeficiente ocurre al incluir las dos covariables que reportan mayores correlaciones²⁹ con cada experiencia social adversa considerada como con el *outcome* en cuestión (padecimiento trastorno psiquiátrico Interiorizante), a saber, la precocidad en el inicio del consumo de alguna cocaína y el tipo de programa bajo el que cumple su sentencia. Además, la reducción del efecto de mayor magnitud es el reportado por la adversidad social compleja, variable con la que estas dos covariables tienen la mayor correlación³⁰. Estos hallazgos podrían estar dando cuenta de una posible mediación del efecto de la adversidad social por parte del inicio precoz en drogas duras como la cocaína o pasta base, posibilidad ampliamente documentada en la literatura; y de un posible sesgo de selección debido a las diferencias sistemáticas en características medidas con las variables de exposición a adversidad social, en particular a adversidad social compleja, entre aquellos que cumplen sentencias judiciales bajo programas privativos de libertad y aquellos que no.

Respecto al efecto de estos y los demás factores de riesgo incluidos es posible evidenciar que la precocidad en el inicio del consumo de alguna cocaína aumenta en un 119,7% las chances de padecer trastornos psiquiátricos Interiorizantes, asimismo el inicio no precoz, esto es a los 13 años o después las aumenta en un 60,7%, efectos estadísticamente significativos. Además, la privación de libertad que implica el cumplimiento de las penas establecidas por el sistema de justicia penal juvenil tendría efectos negativos sobre este tipo de trastornos, en tanto en comparación a estar bajo programas no privativos estar en sistemas

²⁷ Esto podría deberse a que (i) existen correlaciones entre estas variables y las tipologías de adversidad social que, si bien no son altas, deben ser consideradas como un antecedente de confusión en los efectos no controlados, de ahí que a pesar de que en su conjunto la adversidad social pierde efecto el modelo haya aumentado considerablemente el Pseudo R^2 , y (ii) el número de grados de libertad aumenta de 2 a 9 lo que aumenta las restricciones de la función de verosimilitud, con lo que se reduce el número de casos en cada casilla (probabilidades).

²⁸ Comparación del efecto de cada adversidad social y tipologías controlando por una covariable a la vez.

²⁹ Correlaciones tetra y policóricas expuestas la sección “7.3 Resultados Análisis Factorial Exploratorio” en VII.Anexos, Tabla 14.

³⁰ Correlación policórica de 0.44 con la precocidad en el inicio del consumo de alguna cocaína y correlación tetracórica de 0.52 con el tipo de programa bajo el que cumple sentencia.

cerrados o semicerrados aumenta la probabilidad de trastornos Interiorizantes en un 46,4%. Por otro lado, contextos familiares disruptivos como los que enactarían consumos problemáticos de alcohol o drogas no reportan efectos estadísticamente significativos sobre la probabilidad de padecer este tipo de trastornos psiquiátricos. Es importante mencionar que, dada la estabilidad de estos efectos en términos de magnitud y significancia estadística en los modelos sucesivos para predecir el padecimiento de trastornos psiquiátricos Interiorizantes en el marco de las Hipótesis II, III y IV, no serán interpretados en los análisis restantes de este apartado. Su discusión se retoma en la sección de conclusiones.

Tabla 4. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: El Efecto Controlado de la Adversidad Social Diferenciada

Variables Explicativas para las Odd de Padecer Trast. Psiquiátrico Interiorizante	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Sufrió ACE	1.403 (0.335)			
Sufrió ACE privativa		1.246 (0.241)		
Sufrió ACE dañina			1.183 (0.164)	
Sufrió ACE compleja				1.189 (0.193)
Inicio precoz consumo Marihuana	0.877 (0.131)	0.877 (0.131)	0.876 (0.131)	0.870 (0.130)
<i>Ref: No ha iniciado consumo</i>				
Inicio no precoz consumo alguna cocaína	1.607*** (0.276)	1.602*** (0.275)	1.605*** (0.275)	1.604*** (0.275)
Inicio precoz consumo alguna cocaína	2.197*** (0.547)	2.203*** (0.549)	2.216*** (0.551)	2.164*** (0.545)
Presencia consumo problemático de alcohol núcleo familiar	1.292 (0.211)	1.291 (0.211)	1.276 (0.208)	1.284 (0.210)
Presencia consumo problemático de drogas núcleo familiar	1.206 (0.202)	1.213 (0.203)	1.235 (0.206)	1.235 (0.206)
Edad centrada	1.052 (0.0501)	1.055 (0.0505)	1.046 (0.0499)	1.043 (0.0500)
Programa privativo de libertad	1.464** (0.233)	1.463** (0.235)	1.481** (0.235)	1.467** (0.235)
Constante	0.318*** (0.0796)	0.359*** (0.0744)	0.401*** (0.0646)	0.413*** (0.0652)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-643.7	-644.1	-644	-644.2
Grados de libertad	9	9	9	9
Pseudo R ²	0.0319	0.0314	0.0315	0.0313
AIC	1305.44	1306.19	1306.024	1306.358
BIC	1349.289	1350.039	1349.873	1350.207

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

El análisis de los modelos expuestos en la Tabla 5 da cuenta de que haber sufrido al menos un año entre los 5 y 16 años cualquier tipo de adversidad social temprana (Modelo 1), haber sufrido aquella que implicó privaciones (Modelo 2) y aquella que implicó daños físicos y emocionales (Modelo 3) no se asocia significativamente con una mayor probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos Exteriorizantes. Estas relaciones, analizadas de manera bivariada, tampoco reportaron ser estadísticamente significativas (Tabla 26 en sección 7.6 Anexos). La inclusión de los controles relativos a factores de riesgo como el consumo problemático de sustancias del adolescente y de algún miembro de su hogar, y el régimen de libertad del programa bajo el que se encuentra el adolescente corrobora, no sólo el bajo aporte predictivo de la adversidad social para este tipo de trastornos, sino también devela un efecto aparentemente “protector” de la adversidad social compleja.

En particular, sufrir adversidad compleja, esto es vivir en la calle o en residencia de protección de SENAME, disminuye las chances de adolescentes y jóvenes infractores de padecer trastornos psiquiátricos en un 29.6% luego de controlar por las demás covariables incluidas (Modelo 4 en Tabla 5). En el análisis bivariado expuesto en la sección anterior de resultados (4.1) se observa que son los adolescentes y jóvenes infractores que no padecen este tipo de trastornos los que en cada año en menor medida estuvieron expuestos a este tipo de adversidad social, lo que encuentra explicaciones tentativas en que el mayor control y menor libertad que tienen en las residencias SENAME disminuye el acceso a las drogas con las que, dada su vulnerabilidad, desarrollarían dependencia. Así también, la mayor priorización de recursos que podría implicar sobrevivir en la calle siendo un niño o adolescente sería una explicación tentativa para el menor acceso que se asocia a la disminución de la probabilidad de trastornos de dependencia, sin embargo, existe escasa literatura que profundice en estos efectos, la cantidad de casos que reportan haber estado expuestos a este tipo de adversidad es baja (n=103), y con ello la variabilidad del indicador es baja.

Análisis adicionales³¹, que buscaba determinar cuáles eran las covariables que mayormente variaban la magnitud y significancia estadística del efecto de la adversidad compleja, indicaron que tanto al controlar por la precocidad en el inicio del consumo de

³¹ Comparación del efecto del coeficiente de adversidad social compleja controlado sólo por cada una de las covariables incluidas.

marihuana y alguna cocaína (cocaína y/o pasta base) el efecto aumentaba su magnitud y con ello su significancia estadística³². Por ello, se consideró una moderación del efecto de esta adversidad según la presencia de precocidad en el inicio del consumo tanto de alguna cocaína como del conjunto de estas drogas (cocaína, pasta base y/o marihuana) que resultaron no ser estadísticamente significativas, es decir, las diferencias en el efecto de la adversidad entre aquellos que inician precozmente y aquellos que no son los suficientemente grandes para evidenciar una moderación. Por otro lado, las correlaciones entre este tipo de adversidad y las covariables recién mencionadas³³ sugieren una mayor asociación que la que se observa entre estas covariables y los otros tipos de adversidad, por lo que su inclusión mejora la eficiencia (error estándar) del efecto de la adversidad compleja y con ello su significancia estadística.

La inclusión de las covariables, esto es de algunos de los factores relevados por la literatura que reportan estar asociados al desarrollo de trastornos psiquiátricos y al sufrimiento de experiencias adversas tempranas, da cuenta de la especial importancia que develaron tener los relativos al consumo y a entornos familiares disruptivos sobre el padecimiento de los trastornos Exteriorizantes considerados. En particular, luego de controlar por el sufrimiento de cualquier adversidad social temprana (Modelo 1 en Tabla 5), se observa que la precocidad en el inicio del consumo de drogas blandas como la marihuana y de drogas duras como la cocaína y/o la pasta base aumentan las chances de padecer trastornos psiquiátricos Exteriorizantes en un 78.2% y en un 340.7% respectivamente. Asimismo, contextos familiares en el que constantemente está presente no sólo el alcohol sino también las conductas asociadas a su abuso aumentan en un 109.5% las chances de este tipo de trastornos. En la misma línea, y respecto a cómo el tipo de programa bajo el que los adolescentes y jóvenes cumplen condena impacta en estos diagnósticos, se evidencia que programas que impliquen mayor control, esto es mayor privación de libertad (CRC-CSC) disminuyen en 34,1% las odds de padecer dependencia a drogas duras y/o blandas,

³² Coeficiente de adversidad social controlado sólo por la precocidad en el consumo de alguna cocaína igual a $OR=0.64^{***}$, al controlar además por la precocidad en el inicio de consumo de marihuana coeficiente pareciera aumentar su magnitud a un $OR=0.59^{***}$

³³ Correlación policorica con inicio precoz consumo de alguna cocaína: 0.44; correlación tetracorica con inicio precoz consumo de marihuana: 0.37

demostrando así efectos totalmente contrarios de este último factor según el tipo de trastorno psiquiátrico que se evalué.

Es importante mencionar que, dada la estabilidad de estos efectos en términos de magnitud y significancia estadística en los modelos sucesivos para predecir el padecimiento de trastornos psiquiátricos Exteriorizantes en el marco de las Hipótesis II, III y IV, no serán interpretados en los análisis restantes de este apartado. Su discusión se retoma en la sección de conclusiones.

Con todo, a partir de la evidencia levantada no es posible afirmar un efecto significativo de la sola presencia de adversidad social temprana sobre la probabilidad de que adolescentes y jóvenes padezcan trastornos psiquiátricos tanto Interiorizantes como Exteriorizantes, aun cuando dicha adversidad es diferenciada según sus implicancias (privación, daño o ambas). En otras palabras, sufrir al menos durante un año cualquier tipo de experiencia social adversa entre los 5 y 16 años no reportó aumentar significativamente la probabilidad de diagnósticos en salud mental como la depresión, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, y de dependencia de drogas duras y blandas.

Tabla 5. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: El Efecto Controlado de la Adversidad Social Diferenciada

Variables Explicativas para las Odd de Padecer Trast. Psiquiátrico Exteriorizante	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Sufrió ACE	0.739 (0.187)			
Sufrió ACE privativa		0.862 (0.179)		
Sufrió ACE dañina			0.972 (0.149)	
Sufrió ACE compleja				0.704** (0.126)
Inicio precoz consumo Marihuana	1.782*** (0.288)	1.777*** (0.287)	1.771*** (0.286)	1.827*** (0.297)
<i>Ref: No ha iniciado consumo</i>	4.173*** (0.758)	4.165*** (0.757)	4.126*** (0.748)	4.259*** (0.776)
Inicio no precoz consumo alguna cocaína				
Inicio precoz consumo alguna cocaína	4.407*** (1.221)	4.368*** (1.211)	4.298*** (1.188)	4.710*** (1.322)
Presencia consumo problemático de alcohol núcleo familiar	2.095*** (0.389)	2.102*** (0.390)	2.113*** (0.392)	2.120*** (0.394)
Presencia consumo problemático de drogas núcleo familiar	1.053 (0.198)	1.041 (0.196)	1.029 (0.193)	1.025 (0.192)
Edad centrada	0.971 (0.0504)	0.969 (0.0506)	0.974 (0.0506)	0.984 (0.0515)
Programa privativo de libertad	0.631** (0.114)	0.627** (0.114)	0.615*** (0.110)	0.649** (0.118)
Constante	0.602** (0.154)	0.525*** (0.112)	0.477*** (0.0784)	0.483*** (0.0778)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-561	-561.5	-561.7	-559.8
Grados de libertad	9	9	9	9
Pseudo R ²	0.110	0.109	0.109	0.112
AIC	1140.003	1140.929	1141.411	1137.611
BIC	1183.852	1184.778	1185.26	1181.46

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

4.2.2 Hipótesis II

La segunda hipótesis que propone la presente investigación busca explorar el aporte predictivo de la etapa de desarrollo en la que ocurre la exposición a la adversidad. Señala que el sufrimiento de experiencias sociales adversas durante la infancia, esto es entre los 5 y 11 años de edad se asociará a mayores probabilidades de padecer trastornos psiquiátricos tanto Interiorizantes como Exteriorizantes, ello por la mayor “plasticidad” y “adaptabilidad” en cambios estructurales y funcionales caracterizaría dicho periodo.

A partir del análisis de los resultados expuestos en la Tabla 6 que presentan el efecto controlado de la adversidad social tanto, según la etapa en la que es sufrida, como según sus implicancias (privación, daño o ambas), no es posible corroborar del todo la hipótesis anteriormente explicitada. Los resultados encontrados no confirman del todo que sufrir adversidad social en la infancia aumenta la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos Interiorizantes, salvo cuando dicha adversidad implicó daño físico y psicológico para los adolescentes y jóvenes estudiados. Con ello, tampoco fue posible establecer que experimentar cualquier adversidad social en la infancia tiene un mayor efecto en la salud mental de estos en comparación al efecto que deviene de la adversidad experimentada en años posteriores como en la etapa de adolescencia.

Específicamente, sólo se encontró evidencia para afirmar sufrir adversidad social que implicó daño entre los 5 y 11 años aumenta en un 48,2% las chances de padecer trastornos psiquiátricos Interiorizantes, luego de controlar por las demás covariables y a un 90% nivel de confianza. Cabe destacar que dado que sólo se tenían datos entre los 5 y 11 años para una de las dos experiencias adversas que consideraba esta tipología (comisión de delito violento y maltrato físico y psicológico), la experiencia adversa que reporta aumentar la probabilidad de padecer este tipo de trastorno psiquiátricos es el maltrato físico y psicológico, hallazgo en línea con la literatura revisada. Ninguna otra experiencia adversa sufrida en dicho periodo reportó un efecto estadísticamente significativo sobre esta probabilidad. Sin embargo, el análisis de las relaciones bivariadas, esto es de los efectos no controlados (Tabla 27 en sección 7.6 Anexos) evidencia efectos significativos y de mayor magnitud de la adversidad

social sufrida en la infancia³⁴, y nulos y en ningún caso estadísticamente significativos cuando se trata de la adversidad social sufrida en la adolescencia. Por tanto, los resultados sugieren que la adversidad social sufrida durante la infancia pareciera tener mayor relevancia en el desarrollo y padecimiento de depresión, trastorno obsesivo compulsivo y de trastornos de ansiedad. Ello releva la importancia de las influencias exógenas tempranas en las respuestas adaptativas que el sujeto va generando, y con ello en las distorsiones o retrasos en el desarrollo inicial cognitivo, emocional, conductual y emocional de los adolescentes y jóvenes.

³⁴ La adversidad social sufrida entre los 5 y 11 (Modelo 1) años aumenta en un 44.3% las chances de padecer trastornos psiquiátricos Interiorizantes, mientras que aquella que implico privación (Modelo 2) las aumenta en un 41.9%, aquella que implico daño físico y/o psicológico (Modelo 3) en un 86.9% y aquella que pudo haber implicado tanto privaciones como daño físico y/o psicológico (Modelo 4) en un 57.7%, efectos que reportan ser estadísticamente significativos a un 95% nivel de confianza.

Tabla 6. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: El Efecto Controlado de la Exposición a Adversidad Social en Periodos Sensibles

Variable Explicativa para las Odd de Padecer Trast. Psiquiátrico Interiorizante	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Sufrió ACE en la infancia	1.265 (0.211)			
Sufrió ACE en la adolescencia	1.172 (0.280)			
Sufrió ACE privativa en la infancia		1.297 (0.226)		
Sufrió ACE privativa en la adolescencia		0.986 (0.210)		
Sufrió ACE dañina en infancia			1.482* (0.308)	
Sufrió ACE dañina en adolescencia			1.057 (0.154)	
Sufrió ACE compleja en la infancia				1.363 (0.284)
Sufrió ACE compleja en la adolescencia				1.083 (0.200)
Inicio precoz consumo Marihuana	0.867 (0.130)	0.875 (0.131)	0.867 (0.130)	0.866 (0.130)
<i>Ref: No ha iniciado consumo</i>	1.552**	1.556**	1.571***	1.605***
Inicio no precoz consumo alguna cocaína	(0.270)	(0.269)	(0.270)	(0.276)
Inicio precoz consumo alguna cocaína	2.110*** (0.529)	2.147*** (0.537)	2.158*** (0.539)	2.103*** (0.531)
Presencia consumo problemático de alcohol núcleo familiar	1.297 (0.212)	1.296 (0.212)	1.275 (0.208)	1.285 (0.210)
Presencia consumo problemático de drogas núcleo familiar	1.203 (0.201)	1.215 (0.203)	1.220 (0.204)	1.239 (0.207)
Edad centrada	1.051 (0.0502)	1.050 (0.0505)	1.042 (0.0498)	1.042 (0.0499)
Programa privativo de libertad	1.454** (0.233)	1.487** (0.240)	1.455** (0.231)	1.446** (0.233)
Constante	0.329*** (0.0758)	0.372*** (0.0725)	0.413*** (0.0667)	0.412*** (0.0651)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-642.8	-643.2	-642.6	-643.2
Grados de libertad	10	10	10	10
Pseudo R ²	0.0334	0.0327	0.0337	0.0327
AIC	1305.551	1306.42	1305.158	1306.427
BIC	1354.272	1355.142	1353.879	1355.148

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

El análisis de los modelos controlados expuestos en la Tabla 7, da cuenta en términos generales de que la adversidad social sufrida tanto en la infancia como en la adolescencia no reporta tener un efecto significativo sobre la probabilidad de padecer trastornos Exteriorizantes relativos a la dependencia de drogas duras y/o blandas. Si bien la relación bivariada entre el sufrimiento de cualquier adversidad social durante la infancia (Modelo 1 en Tabla 28 sección 7.6 Anexos) es estadísticamente significativa, reportando un aumento de 31.7% en las chances de padecer este tipo de trastorno psiquiátrico, al controlar por las covariables consideradas dicho efecto disminuye acercándose a la nulidad, y con ello perdiendo significancia estadística. Incluso aquella adversidad que reporta bastante poder predictivo sobre el diagnóstico de trastornos Interiorizantes como lo es la adversidad dañina no lo tiene cuando se trata de trastornos psiquiátricos Exteriorizantes. La evidencia sugiere, por tanto, que si bien la infancia constituye un periodo de suma sensibilidad a las distorsiones y desviaciones en el proceso de desarrollo emocional, conductual y neurológico como lo son las que devienen del sufrimiento de adversidad social, su importancia pareciera ser menor cuando se trata de psicológicas asociadas a la dependencia de sustancias. En este sentido, urgen investigaciones que se orienten a indagar en posibles mediaciones del efecto de la adversidad social, caminos alternativos por los cuales las consecuencias de la adversidad social temprana se expresan, como lo son las múltiples conductas de riesgo que la literatura sobre los *outcomes* de adversidad social ha relevado, y que no pudieron ser analizados en este estudio.

Más bien, un hallazgo interesante de destacar es el aumento de la magnitud y con ello de significancia estadística del efecto negativo que la adversidad compleja durante la adolescencia reporta tener sobre la probabilidad de padecer este tipo de trastornos. Específicamente, su exposición disminuiría las chances de diagnóstico de trastornos Exteriorizantes en un 28.3%, efecto estadísticamente significativo a un 90% nivel de confianza luego de controlar por las demás covariables y específicamente por el inicio precoz en el consumo de alguna cocaína³⁵. Este hallazgo encuentra explicaciones tentativas en la magnitud considerable de la correlación entre esta covariable y la adversidad en cuestión³⁶,

³⁵ Con la inclusión de esta covariable el efecto de la exposición a adversidad social durante la adolescencia aumenta su magnitud pasando a ser estadísticamente significativo.

³⁶ Correlación policórica es de 0.38.

y en el probable menor acceso que tienen en residencias de protección SENAME que disminuyen el inicio y consumo durante la adolescencia de drogas tan adictivas como lo son la cocaína y su derivada la pasta base.

Con todo, los resultados expuestos apoyan parcialmente la hipótesis propuesta que emerge del modelo de periodos sensibles. Si bien sólo fue posible confirmar la influencia de la etapa en la que es sufrida la adversidad social dañina, los efectos controlados y no controlados sugieren una mayor importancia de la adversidad experimentada en la infancia como predictor del desarrollo de las psicopatologías Interiorizantes evaluadas (depresión, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de ansiedad). En el marco de la perspectiva de curso de vida, la importancia de las etapas tempranas de desarrollo neural y psicosocial para los resultados futuros en salud mental deviene de la mayor plasticidad con la que los organismos cuentan en etapas como la infancia temprana o media. Dicha plasticidad permite que, en mayor medida estas exposiciones sociales induzcan cambios estructurales y funcionales cuyas consecuencias no son visibles, hasta a menudo y tal como advierten estos resultados, décadas más tarde.

Tabla 7. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: El Efecto Controlado de la Exposición a Adversidad Social en Periodos Sensibles

Variable Explicativa para las Odd de Padecer Trast. Psiquiátrico Exteriorizante	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Sufrió ACE en la infancia	0.912 (0.167)			
Sufrió ACE en la adolescencia	0.652 (0.170)			
Sufrió ACE privativa en la infancia		0.859 (0.165)		
Sufrió ACE privativa en la adolescencia		0.993 (0.229)		
Sufrió ACE dañina en infancia			0.901 (0.206)	
Sufrió ACE dañina en adolescencia			0.940 (0.150)	
Sufrió ACE compleja en la infancia				0.788 (0.178)
Sufrió ACE compleja en la adolescencia				0.717* (0.144)
Inicio precoz consumo Marihuana	1.811*** (0.294)	1.777*** (0.287)	1.782*** (0.288)	1.811*** (0.294)
<i>Ref: No ha iniciado consumo</i>	4.266***	4.241***	4.164***	4.272***
Inicio no precoz consumo alguna cocaína	(0.791)	(0.781)	(0.757)	(0.779)
Inicio precoz consumo alguna cocaína	4.565*** (1.278)	4.444*** (1.239)	4.367*** (1.212)	4.842*** (1.369)
Presencia consumo problemático de alcohol núcleo familiar	2.087*** (0.388)	2.101*** (0.391)	2.116*** (0.392)	2.128*** (0.396)
Presencia consumo problemático de drogas núcleo familiar	1.071 (0.202)	1.040 (0.196)	1.031 (0.193)	1.015 (0.191)
Edad centrada	0.969 (0.0504)	0.972 (0.0508)	0.976 (0.0508)	0.985 (0.0515)
Programa privativo de libertad	0.653** (0.119)	0.622*** (0.113)	0.621*** (0.112)	0.662** (0.120)
Constante	0.681 (0.162)	0.511*** (0.102)	0.481*** (0.0790)	0.483*** (0.0778)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-559.5	-561.2	-561.5	-559
Grados de libertad	10	10	10	10
Pseudo R ²	0.112	0.110	0.109	0.113
AIC	1138.92	1142.491	1142.99	1138.032
BIC	1187.641	1191.212	1191.711	1186.753

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

4.2.3 Hipótesis III

La perspectiva curso de vida bajo la que se analiza en esta investigación la influencia de la adversidad social temprana enmarca dicha influencia en el “Modelo Acumulativo del Ciclo de Vida”, que sugiere, entre otras cosas, que las vías de desarrollo que el organismo sociobiológico adopta para adaptarse a contextos y situaciones adversas dependen también del grado de heterogeneidad de éstas. Específicamente, la comprensión de los efectos de la adversidad temprana sobre las probabilidades de padecer trastornos psiquiátricos debiese considerar que gran parte de los adolescentes y jóvenes que han estado expuestos tempranamente (entre los 5 y 16 años) a una determinada adversidad también lo ha estado a una multiplicidad de otras, lo que aumenta considerablemente el riesgo de psicopatologías. En esta línea, la tercera hipótesis propuesta señala que la co-exposición a experiencias sociales adversas tempranas sean del mismo tipo o de diferente tipo se asociara a una mayor probabilidad de padecer ya sea trastornos psiquiátricos tanto Interiorizantes como Exteriorizantes.

Así, a partir del análisis de los modelos expuestos en la Tabla 8, es posible evidenciar que la co-exposición a adversidad, cualquiera sea su implicancia (privación, daño o ambas) aumenta la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos Interiorizantes, en tanto se encuentran efectos positivos estadísticamente significativos para dicha asociación. Específicamente, se encuentra que el sufrimiento de una adversidad social temprana adicional (Modelo 1) aumenta en 12.9% las chances de padecer este tipo de trastorno, y en tanto lineal y acumulativo este efecto, se puede afirmar con un 99% nivel de confianza que el sufrimiento de, por ejemplo, tres adversidades sociales tempranas adicionales aumentan dichas chances en un 38.7%, controlando por las covariables incluidas. De manera similar, el análisis diferenciado da cuenta de que el sufrimiento de una adversidad social adicional que implique privación de estimulación y cuidados físicos y/o emocionales (Modelo 2) aumenta en un 12.5% las chances de padecer un trastorno Interiorizante, controlando por las covariables incluidas. En el caso de co-exposiciones que implican daño físico y psicológico (Modelo 3) se evidencia que sufrir dos experiencias sociales adversas tempranas dañinas en comparación a no sufrir ninguna aumenta en un 76.3% dichas chances. Mismo hallazgo se observa para el caso de co-exposiciones de adversidad social compleja que pudieron implicar

tanto privaciones como daños físicos y psicológicos (Modelo 4), en tanto sufrir las dos adversidades complejas consideradas (vivir en la calle y crianza institucional) en comparación a no experimentar ninguna aumentan en un 68.4% las chances de padecer trastornos como la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo y/o trastornos de ansiedad.

En línea con los resultados analizados para la primera hipótesis, la sola experiencia de adversidad social en al menos un año entre los 5 y 16 años no reporta un efecto significativo sobre la salud mental de estos adolescentes y jóvenes infractores, tal como lo develan los nulos efectos que tanto sufrir una experiencia adversa social dañina, como una experiencia adversa social compleja tienen cuando es comparado con el efecto de no haberlas sufrido. Más bien, los resultados dan cuenta de que en esta población, la acumulación del riesgo que supone sufrir múltiples adversidades sociales en etapas tempranas como la infancia y adolescencia es aditivo y se combina para influir en mecanismos fisiológicos que afectan y merman el bienestar mental de los adolescentes y jóvenes. En este sentido, la evidencia encontrada sugiere que la adversidad no se experimenta de manera aislada, sino que más bien configura contextos propicios para traumas complejos que desencadenan en el mediano y largo plazo afecciones psicológicas como las consideradas en esta investigación. Ciertamente, la imposibilidad de contar con índices continuos para las tres tipologías de adversidad analizadas constituye una limitación para capturar de mejor manera el efecto acumulativo, por ello es de suma importancia generar instrumentos que consideren la diversidad de adversidades sociales que podrían ocasionar las afecciones psiquiátricas aquí analizadas.

Tabla 8. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: El Efecto Controlado de la Co-exposición a Adversidad Social Temprana

Variable Explicativa para las Odd de Padecer Trast. Psiquiátrico Interiorizante	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Riesgo Acumulado ACE	1.129*** (0.0489)			
Riesgo Acumulado ACE privativa		1.125** (0.0651)		
<i>Ref: No sufre ACE dañina</i>			1.075	
Sufre 1 ACE dañina			(0.159)	
Sufre 2 ACE dañina			1.763** (0.455)	
<i>Ref: No sufre ACE compleja</i>				1.087
Sufre 1 ACE compleja				(0.190)
Sufre 2 ACE compleja				1.684* (0.511)
Inicio precoz consumo Marihuana	0.852 (0.128)	0.863 (0.129)	0.872 (0.130)	0.885 (0.133)
<i>Ref: No ha iniciado consumo</i>	1.552**	1.597***	1.588***	1.588***
Inicio no precoz consumo alguna cocaína	(0.267)	(0.274)	(0.273)	(0.273)
Inicio precoz consumo alguna cocaína	1.998*** (0.504)	2.148*** (0.536)	2.182*** (0.544)	2.097*** (0.531)
Presencia consumo problemático de alcohol núcleo familiar	1.300 (0.213)	1.301 (0.213)	1.290 (0.211)	1.289 (0.211)
Presencia consumo problemático de drogas núcleo familiar	1.188 (0.199)	1.188 (0.199)	1.233 (0.205)	1.230 (0.205)
Edad centrada	1.057	1.061 (0.0510)	1.047 (0.0500)	1.048 (0.0504)
Programa privativo de libertad	1.308 (0.217)	1.382** (0.227)	1.456** (0.232)	1.442** (0.232)
Constante	0.347*** (0.0596)	0.362*** (0.0627)	0.407*** (0.0656)	0.416*** (0.0657)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-640.8	-642.7	-642.3	-643.2
Grados de libertad	9	9	10	10
Pseudo R ²	0.0364	0.0335	0.0341	0.0327
AIC	1299.57	1303.313	1304.564	1306.446
BIC	1343.419	1347.162	1353.285	1355.167

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

A partir del análisis del aporte predictivo del riesgo que supone la co-exposición a adversidad social sobre el padecimiento de trastornos psiquiátricos Exteriorizantes, expuesto en los modelos controlados de la Tabla 9, no es posible confirmar un efecto positivo de la acumulación de experiencias adversas sobre trastornos de dependencia de drogas duras y/o blandas.

En los modelos no controlados de la Tabla 30 en Anexos³⁷, que dan cuenta de la relación bivariada analizada, los efectos encontrados para el riesgo de la acumulación de adversidad social cualquiera sea su tipo, así como para el de la adversidad social privativa, dañina y compleja es débil y cercano a la nulidad ($OR \approx 1$). Incluso sus magnitudes no evidencian diferencias según el sufrimiento de 1 o 2 experiencias sociales adversas dañinas o complejas. Y si bien, la introducción del set de factores de riesgo que controlan el efecto de cada adversidad social evaluada, acentúa débiles efectos negativos estadísticamente significativos sólo para la co-exposición a adversidad social agregada, al ser analizados en conjunto con el que reporta la adversidad compleja, y considerar la mayor correlación entre ambas variables³⁸, podrían ser interpretados como consecuencia del aparente “efecto protector” que surge al controlar la adversidad compleja por covariables que indican la precocidad en el consumo de drogas. El efecto que la adversidad compleja reporta, estadísticamente significativo solo para la exposición de una de las dos adversidades incluidas en esta tipología, y no para el riesgo que supone una co-exposición a este tipo de adversidad, podría estar inclinado hacia el que una de éstas reporta tener. Análisis adicionales³⁹ indicaron que el efecto “protector” mayormente marcado es el de la adversidad que implica haber vivido en la calle durante cierto periodo de tiempo entre los 5 y 16 años, sin embargo, la baja variabilidad de esta variable debido a la poca cantidad de casos que estuvieron expuestos a esta adversidad, y la escasa literatura sobre ella reduce la robustez de las explicaciones que se puedan hacer de este hallazgo.

Con todo, a partir de los resultados reportados para el testeo de la hipótesis de acumulación del riesgo de adversidad social temprana, es posible confirmar un efecto positivo y

³⁷ Sección 7.6 Anexos.

³⁸ Ver Tabla 14. de correlaciones tetra y policóricas expuesta en VII. Anexos.

³⁹ Se estimaron modelos de regresión logística para determinar el efecto controlado de cada una de las dos adversidades incluidas en la tipología “complejas”, a saber, vivir al menos un año en residencias de protección SENAME y el de vivir en la calle entre los 5 y 16 años.

acumulativo de ésta y sus tipologías, sobre la probabilidad de padecer trastornos Interiorizantes como depresión, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de ansiedad, no así cuando de trastornos de dependencia de drogas duras y blandas se trata. Por tanto, considerando los hallazgos en el análisis de la primera hipótesis es plausible concluir que, en esta población de adolescentes y jóvenes infractores, la sola presencia de adversidad social no sea un determinante de psicopatologías Interiorizantes, sin embargo, sí lo constituye el riesgo acumulado que supone la co-exposición a estas.

Tabla 9. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: El Efecto Controlado de la Co-exposición a Adversidad Social Temprana

Variable Explicativa para las Odds de Padecer Trast. Psiquiátrico Exteriorizante	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Riesgo Acumulado ACE	0.922* (0.0433)			
Riesgo Acumulado ACE privativa		0.928 (0.0583)		
<i>Ref: No sufre ACE dañina</i>			0.996	
Sufre 1 ACE dañina			(0.163)	
Sufre 2 ACE dañina			0.880 (0.244)	
<i>Ref: No sufre ACE compleja</i>				0.710*
Sufre 1 ACE compleja				(0.137)
Sufre 2 ACE compleja				0.686 (0.215)
Inicio precoz consumo Marihuana	1.814*** (0.295)	1.793*** (0.290)	1.775*** (0.287)	1.824*** (0.298)
<i>Ref: No ha iniciado consumo</i>	4.268***	4.177***	4.138***	4.262***
Inicio no precoz consumo alguna cocaína	(0.779)	(0.759)	(0.751)	(0.777)
Inicio precoz consumo alguna cocaína	4.678*** (1.316)	4.442*** (1.235)	4.324*** (1.198)	4.723*** (1.332)
Presencia consumo problemático de alcohol núcleo familiar	2.094*** (0.389)	2.093*** (0.389)	2.109*** (0.391)	2.119*** (0.394)
Presencia consumo problemático de drogas núcleo familiar	1.056 (0.199)	1.053 (0.199)	1.029 (0.193)	1.025 (0.192)
Edad centrada	0.969 (0.0504)	0.965 (0.0505)	0.974 (0.0506)	0.984 (0.0517)
Programa privativo de libertad	0.676** (0.127)	0.650** (0.120)	0.617*** (0.111)	0.650** (0.118)
Constante	0.535*** (0.0932)	0.518*** (0.0914)	0.475*** (0.0782)	0.483*** (0.0778)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-560.2	-561	-561.6	-559.8
Grados de libertad	9	9	10	10
Pseudo R ²	0.111	0.110	0.109	0.112
AIC	1138.441	1140.024	1143.229	1139.6
BIC	1182.29	1183.873	1191.95	1188.322

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

4.2.4. Hipótesis IV

El “Modelo Acumulativo del Ciclo de Vida” bajo el que se enmarca la influencia de la adversidad social temprana, descrito en análisis anteriormente realizado para la tercera hipótesis, también sugiere que para determinar dicha influencia no se debe obviar el contexto más amplio que la origina, a saber, la desventaja persistente en el tiempo. Por ello, no sólo debiese considerarse la exposición múltiple a la adversidad social temprana, sino también y de manera complementaria aquella que se sufre de manera repetida o recurrente, en tanto el riesgo de desarrollar afecciones en la salud mental se incrementaría mientras más tiempo los adolescentes y jóvenes estén expuestos a amenazas, privaciones u otras experiencias que impliquen la activación de mecanismos biológicos adaptativos. En consecuencia, la cuarta y última hipótesis testeada propone que la exposición prolongada a experiencias sociales adversas se asociará a mayores probabilidades de padecer trastornos psiquiátricos tanto Interiorizantes como Exteriorizantes.

A partir del análisis de los modelos controlados expuestos en la Tabla 10, es posible corroborar un efecto significativo de la trayectoria tanto de cualquier adversidad social, como de sus tipologías dañina y compleja sobre el padecimiento de trastornos psiquiátricos Interiorizantes. Se confirma, por tanto, la influencia de la duración de la adversidad social sobre la salud mental de adolescentes y jóvenes infractores. Específicamente, los resultados señalan que el aumento de un año⁴⁰ en la proporción de años evaluados (12 entre los 5 y 16 años) que los sujetos experimentan alguna de las adversidades sociales consideradas aumenta en un 3.32% las chances de padecer trastornos Interiorizantes, y dada la linealidad del efecto al extenderlo a 5 años dicho aumento equivaldría a un 16.6%, efecto estadísticamente significativo luego de ser controlado por las covariables incluidas.

De manera similar, el análisis diferenciado de la influencia de la trayectoria de adversidad social según las implicancias de esta señala que el aumento de un año en la exposición a adversidad social dañina aumenta en un 8.3% las chances de padecer este tipo de trastornos, mientras que el aumento de un año en la exposición a adversidad social compleja, es decir que pudo haber implicado tanto daño físico y/o psicológico como privaciones, aumenta en un 9.3% dichas chances. Ambos efectos son estadísticamente

⁴⁰ Equivalente al aumento de 8.3 puntos porcentuales.

significativos a un 95% nivel de confianza, y su extensión a 5 años de adversidad indican aumentos de un 41.5% para la adversidad dañina, y 46.5% para la adversidad compleja. A pesar de que el efecto de trayectorias de adversidad social compleja pareciera constituirse como el más nocivo para la salud mental de esta población, no fue posible confirmarlo, en tanto los intervalos de confianza de éste y aquellos reportados por los otros dos tipos de adversidad se traslapan.

Si bien no fue posible confirmar un efecto de la trayectoria de adversidad social privativa sobre la salud mental de los adolescentes y jóvenes infractores, en tanto el efecto encontrado carece de significancia estadística (Modelo 2 en Tabla 10), al observar la relación bivariada, esto es los modelos sin controlar (Modelo 2 en Tabla 31⁴¹) se evidencia un efecto significativo equivalente al aumento de 4.15% en las chances de padecer trastornos psiquiátricos Interiorizantes ante el aumento de un año en la exposición a adversidades sociales que implican privaciones materiales, de estimulación e interacciones positivas y significativas con la madre y/o el padre. Cabe destacar todos los efectos de adversidad social disminuyeron al ser controlados por las variables de control consideradas, sin embargo, sólo en el caso de la adversidad privativa dicha disminución conllevó la pérdida de significancia estadística.

⁴¹ Sección 7.6 en Anexos.

Tabla 10. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: El Efecto Controlado de las Trayectorias de Exposición a Adversidad Social Temprana

Variable Explicativa para las Odds de Padecer Trast. Psiquiátrico Interiorizante	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Trayectoria ACE entre 5 y 16 años	1.004** (0.00179)			
Trayectoria ACE privativa entre 5 y 16 años		1.003 (0.00167)		
Trayectoria ACE dañina entre 5 y 16 años			1.010** (0.00401)	
Trayectoria ACE compleja entre 5 y 16 años				1.011** (0.00566)
Inicio precoz consumo Marihuana	0.867 (0.130)	0.875 (0.131)	0.862 (0.129)	0.872 (0.130)
<i>Ref: No ha iniciado consumo</i>	1.555**	1.576***	1.559***	1.613***
Inicio no precoz consumo alguna cocaína	(0.268)	(0.271)	(0.268)	(0.276)
Inicio precoz consumo alguna cocaína	2.097*** (0.526)	2.147*** (0.537)	2.143*** (0.535)	2.089*** (0.526)
Presencia consumo problemático de alcohol núcleo familiar	1.302 (0.213)	1.298 (0.212)	1.287 (0.210)	1.277 (0.209)
Presencia consumo problemático de drogas núcleo familiar	1.209 (0.202)	1.215 (0.203)	1.231 (0.205)	1.243 (0.207)
Edad centrada	1.049 (0.0500)	1.050 (0.0501)	1.044 (0.0499)	1.041 (0.0498)
Programa privativo de libertad	1.452** (0.231)	1.472** (0.234)	1.448** (0.230)	1.434** (0.230)
Constante	0.352*** (0.0632)	0.370*** (0.0648)	0.408*** (0.0644)	0.412*** (0.0650)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-642.6	-643.4	-641.7	-642.7
Grados de libertad	9	9	9	9
Pseudo R ²	0.0336	0.0324	0.0349	0.0334
AIC	1303.258	1304.877	1301.475	1303.493
BIC	1347.107	1348.726	1345.324	1347.342

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

El análisis de los modelos expuestos en la Tabla 11, da cuenta del nulo efecto que la duración de adversidad social temprana tiene sobre la probabilidad de que adolescentes y jóvenes infractores padezcan trastornos psiquiátricos de dependencia a drogas duras y/o blandas. En este sentido, no fue posible corroborar una influencia significativa de la trayectoria de adversidad social sobre este tipo de trastornos. Específicamente, se observa que sólo el efecto de la adversidad compleja es estadísticamente significativo, de tal manera que el aumento de un año de exposición a este tipo de adversidades en la proporción de años evaluados (12) disminuye las chances de trastornos Exteriorizantes relativos a la dependencia de drogas en un 14.11%. Hallazgo que va en línea con el aparente efecto protector observado al incluir las covariables consideradas, y analizado en las hipótesis anteriormente evaluadas. Así también, tal como ocurre en los modelos anteriores para las Odds de trastornos Exteriorizantes, la inclusión de covariables mejora cuantiosamente el ajuste de los modelos (Pseudo R^2 y BIC), y con ello la explicación del fenómeno de interés.

Con todo, a partir de los resultados expuestos en el análisis de ésta última hipótesis, se corrobora la influencia no sólo de la co-exposición a múltiples adversidades (Hipótesis III), sino también de la duración de estos factores estresantes sobre la salud mental de jóvenes y adolescentes infractores. El modelo acumulativo del riesgo que la adversidad social temprana supone para la salud mental, enfatiza el rol que la desventaja persistente tiene en las adaptaciones y configuraciones neurológicas que tienen lugar tempranamente en el desarrollo de los sujetos. Dicha persistencia, como se evidencia en esta investigación, se expresa en el marcado efecto de la multiplicidad y cronicidad de las adversidades sociales presentes en las historias de vida de esta población. Así, las vías en que las fuerzas sociales influyen en las trayectorias de salud de las personas no son independientes, por tanto, del tiempo ni de la magnitud del estrés que estas puedan significar para la vida de los sujetos.

Tabla 11. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: El Efecto Controlado de las Trayectorias de Exposición a Adversidad Social Temprana

Variable Explicativa para las Odds de Padecer Trast. Psiquiátrico Exteriorizante	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Trayectoria ACE entre 5 y 16 años	0.999 (0.00195)			
Trayectoria ACE privativa entre 5 y 16 años		0.999 (0.00182)		
Trayectoria ACE dañina entre 5 y 16 años			1.000 (0.00429)	
Trayectoria ACE compleja entre 5 y 16 años				0.983*** (0.00565)
Inicio precoz consumo Marihuana	1.778*** (0.287)	1.771*** (0.286)	1.769*** (0.286)	1.809*** (0.293)
<i>Ref: No ha iniciado consumo</i>	4.179***	4.147***	4.118***	4.214***
Inicio no precoz consumo alguna cocaína	(0.765)	(0.757)	(0.748)	(0.766)
Inicio precoz consumo alguna cocaína	4.390*** (1.226)	4.335*** (1.207)	4.283*** (1.187)	5.064*** (1.446)
Presencia consumo problemático de alcohol núcleo familiar	2.102*** (0.390)	2.106*** (0.391)	2.111*** (0.392)	2.157*** (0.403)
Presencia consumo problemático de drogas núcleo familiar	1.036 (0.194)	1.032 (0.194)	1.029 (0.193)	1.014 (0.191)
Edad centrada	0.973 (0.0505)	0.973 (0.0505)	0.973 (0.0505)	0.985 (0.0515)
Programa privativo de libertad	0.621*** (0.112)	0.617*** (0.111)	0.613*** (0.110)	0.665** (0.121)
Constante	0.499*** (0.0909)	0.486*** (0.0868)	0.474*** (0.0763)	0.481*** (0.0774)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-561.6	-561.7	-561.7	-557.1
Grados de libertad	9	9	9	9
Pseudo R ²	0.109	0.109	0.109	0.116
AIC	1141.11	1141.343	1141.446	1132.173
BIC	1184.959	1185.192	1185.295	1176.022

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

V. DISCUSIÓN, LIMITACIONES E IMPLICANCIAS

5.1. Discusión de Hallazgos

La presente investigación buscó dar cuenta de la influencia, y en este sentido del rol, que tiene la presencia temprana de adversidad social en la salud mental de adolescentes y jóvenes infractores socioeconómicamente vulnerables. En lo que sigue, se resumirán y discutirán los principales hallazgos que con dicho objetivo se lograron, a la luz de la evidencia y explicaciones expuestas en la revisión de literatura.

La cotidianidad temprana de adolescentes y jóvenes infractores, tal como se señala en estudios anteriores sobre estos (Canales et al., 2005; ISUC, 2007), está fuertemente marcada por la vulnerabilidad, en tanto demostró ser una azotada por la adversidad social temprana, traducida en (i) la ausencia o exposición limitada a los insumos necesarios para su óptimo desarrollo (estimulación cognitiva, emocional y social adecuada, constante y estable) y por la (ii) la presencia de insumos inesperados que supondrían amenazas y hostilidades para su bienestar psicológico y físico. Asimismo, la existencia y acceso a drogas en los contextos sociales tempranos inmediatos de estos adolescentes y jóvenes fue altísima, confirmando así, la continuidad de “entornos socialmente tóxicos” en los que ocurre su desarrollo biológico y psicosocial. Este escenario es clave, como se explicitó en la sección de resultados, para comprender la dañada salud mental de esta población. Aproximadamente 4 de cada 5 infractores entrevistados (78.6%) fue diagnosticado con al menos uno de estos trastornos, 1 de cada dos aproximadamente (45.5%) lo fue con al menos uno Interiorizante, mientras que aproximadamente 2 de cada 3 fue diagnosticado con uno de dependencia de drogas duras y/o blandas (Exteriorizante). En lo que sigue, se discuten los resultados de esta investigación que apuntan a determinar la influencia que estos contextos tempranos tienen sobre las psicopatologías consideradas a la luz de la literatura revisada. Asimismo, se da cuenta de las principales limitaciones que enfrentaron estos análisis, para finalmente explicar la relevancia e implicancias que estos hallazgos tienen para la política pública chilena.

Toda vez que la literatura internacional sobre los efectos de la adversidad temprana en la salud mental de adolescentes y jóvenes ha reconocido y evidenciado diversas formas (mecanismos) en las que estas podrían estar engendrando patrones emocionales negativos,

se hizo imperativo considerar un enfoque que permita comprender de manera más específica la influencia de exposiciones cualitativamente distintas. En este sentido, los incipientes hallazgos que Katie McLaughlin, Margaret Sheridan y Hilary Lambert (por ejemplo McLaughlin et al., 2014; McLaughlin & Sheridan, 2016; McLaughlin, 2018; McLaughlin & Lambert, 2016) encuentran al analizar la influencia tanto de formas activas como pasivas de adversidad social, justifican el uso de un “enfoque dimensional” que supone un efecto diferenciado sobre la salud mental, concretamente sobre la probabilidad de desarrollar ya sea trastornos emocionales o de interiorización como de aquellos fuertemente cargados por la impulsividad como lo son los trastornos psiquiátricos Exteriorizantes.

Son estas intuiciones las que motivaron el uso de un enfoque dimensional en el análisis del efecto de la adversidad social temprana, y en consecuencia la propuesta de hipótesis que señalan influencias positivas y, en términos de magnitud, distintas de cada tipo de adversidad sobre el padecimiento de los trastornos psiquiátricos evaluados. Si bien dichas hipótesis no sugieren efectos de la adversidad social temprana diferenciados según el tipo de trastorno psiquiátrico, en tanto la literatura revisada no es clara respecto a qué adversidad suscita en mayor o menor medida cada tipo de psicopatología, la distinción de los trastornos psiquiátricos en Interiorizantes y Exteriorizantes contribuyó a un mejor análisis del impacto que la adversidad social temprana tuvo en la salud mental de estos adolescentes y jóvenes.

Así, los hallazgos que emergen a partir del testeo del primer set de hipótesis que señala que sufrir alguna de las adversidades sociales consideradas en al menos un año entre los 5 y 16 aumentará la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos tanto Interiorizantes como Exteriorizantes, dan cuenta de que la sola presencia de adversidad social no constituye un predictor significativo del padecimiento de dichos trastornos psiquiátricos. En consecuencia, no fue posible corroborar diferencias significativas entre los efectos de las prevalencias de las tipologías de adversidad social (privativa, dañina y compleja). Las altas correlaciones que los indicadores binarios de presencia de adversidad social evidenciaron tener con algunas de las covariables incluidas es una de las razones tematizadas para explicar la pérdida de significancia estadística de dichos efectos, sin embargo, en la caracterización de los contextos tempranos de esta población se encuentra aquella de mayor relevancia para comprender este hallazgo. La población de adolescentes y jóvenes infractores imputados en

virtud de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente es una sumamente afectada por la adversidad social temprana: 9 de cada 10 de ellos sufrió al menos una adversidad social entre los 5 y 16 años. Como develan los análisis descriptivos realizados, gran parte de los adolescentes y jóvenes estudiados estuvo expuesto a privaciones de insumos necesarios para su desarrollo psicosocial (estimulación, cuidado y/o experiencias significativas de apego con la madre y/o el padre), a episodios de maltrato físico y psicológico, e incluso a permanencias en contextos tan hostiles para su bienestar y desarrollo fisiológico, nutricional, psicoemocional y social temprano como lo es la calle o el Servicio Nacional de Menores (SENAME). Por consiguiente, es de esperar, que la sola medida de presencia o ausencia de adversidad social no haya generado diferencias significativas entre aquellos que padecen y no padecen el trastorno psiquiátrico evaluado. En este sentido, los hallazgos que el modelo de acumulación del riesgo provee a través del tercer y cuarto set de hipótesis testeado dan cuenta de que, - en una población aquejada por vulnerabilidades estructurales devenidas de la desventaja persistente que caracteriza sus contextos (Canales et al., 2005; ISUC, 2007), - es la acumulación del riesgo la que se constituye un importante determinante del desarrollo en el mediano y largo plazo de psicopatologías como la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos de ansiedad.

Los postulados que, la literatura que ha analizado la relación entre la adversidad social y la salud mental desde una perspectiva de curso de vida, ha evidenciado y documentado también fueron corroborados en este estudio. Los análisis sugirieron que los resultados en salud mental en cualquier momento de la vida de un sujeto reflejan y devienen de interacciones previas entre las fuerzas sociales y biológicas que determinan su desarrollo y bienestar, así como también sumergen a poblaciones vulnerables en procesos de desventaja acumulativa (Bernardi et al., 2018; Elder et al., 2003; Elder, 1998). En particular, como se detalla en los siguientes párrafos, el segundo set de hipótesis motivado por el Modelo de Periodo Sensible fue parcialmente corroborado, mientras que el tercer y cuarto set de hipótesis propuesto a partir del Modelo Acumulativo del Riesgo fueron apoyados para caracterizar la influencia de la adversidad social y sus tipologías sobre la probabilidad de padecer los trastornos psiquiátricos Interiorizantes considerados. No obstante, ninguno de los sets de hipótesis que emergen del enfoque de curso de vida obtuvieron apoyo en los datos obtenidos cuando de caracterizar el efecto de la adversidad social temprana sobre trastornos

psiquiátricos de dependencia de drogas duras y blandas se trató. En tanto, como se detallará más adelante sólo fue obtenido un efecto aparentemente “protector” de la adversidad social compleja.

Las psicopatologías Interiorizantes para las que fue analizada la influencia de la adversidad social pueden considerarse como una de las múltiples consecuencias que la desventaja persistente tiene para la salud de poblaciones como la de infractores adolescentes. Dicha influencia, como evidencian los hallazgos obtenidos, puede ser comprendida bajo el Modelo Acumulativo del Ciclo de Vida que enfatiza que los riesgos de contextos tempranos caracterizados por vulnerabilidades estructurales son aditivos, y consecuencia tanto de la exposición a múltiples adversidades sociales (co-exposición), como de la exposición crónica o recurrente a este tipo de adversidades (duración) (Halfon et al., 2018; Harris & Schorpp, 2018; McLaughlin, 2018). Los resultados explicitados para la tercera hipótesis propuesta, en línea con los de McLaughlin & Sheridan, apoyan la importancia de considerar que la mayoría de los niños y adolescentes que han estado expuestos a adversidad social temprana también lo ha estado a una multiplicidad de otras, lo que tiene severos impactos en su salud mental tal como lo demuestran las significancias encontradas. La influencia de la co-exposición sobre la probabilidad de desarrollar psicopatologías Interiorizantes fue significativa no sólo cuando se consideró el conjunto de adversidades sociales, sino también cuando se diferenció según sus implicancias (tipologías), dando cuenta de que los riesgos de la co-exposición podrían ser aditivos e interactivos, y por tanto, contextos tempranos que impliquen el sufrimiento de varias adversidades sociales generan mayores deterioros en los sistemas neurofisiológicos y psicoemocionales.

Asimismo, la duración del sufrimiento de estas adversidades también resultó tener efectos de suma relevancia para la salud mental de esta población. En particular, el aumento de un año de adversidad social privativa, dañina, compleja o su conjunto demostró tener un impacto positivo y estadísticamente significativo sobre la probabilidad de diagnóstico de estas psicopatologías. La mantención de estas significancias para el caso de la adversidad social dañina y compleja luego de incluir las covariables consideradas se suma a la evidencia ya explicitada para las demás hipótesis, documentando con esto que, tal como señalaron Mossakowski (2008) y Strohschein (2005) la acumulación del riesgo que implican

desviaciones de un ambiente óptimo de desarrollo en forma de amenazas y/o privaciones de toda índole supone la activación continua y/o constante de mecanismos biológicos adaptativos, y con ello graves y prolongados impactos sobre la salud mental de estos adolescentes y jóvenes. Así, la exposición a una multiplicidad de adversidades sociales y periodos tempranos recurrentes o crónicos de exposición constituyen traumas complejos que afectan sigilosamente el desarrollo de quienes las sufren. Dicho trauma interfiere en la promoción y desarrollo de bases psicoemocionales estables de seguridad y apego (Bowlby, 1952, 1989; Murray & Farrington, 2008), así como en la percepción, atención y reconocimiento de sus propias emociones y estímulos emocionales externos (McLaughlin, 2018; McLaughlin & Lambert, 2016; Wichers et al., 2009) que desencadena en el mediano y largo plazo las psicopatologías tan presentes en la población analizada en esta investigación.

Los enfoques y medidas utilizadas en gran parte de la literatura revisada si bien han dado cuenta del riesgo que la exposición a múltiples adversidades supone para la salud mental en el mediano y largo plazo, son escasas aquellas que han documentado el efecto de la severidad y cronicidad del trauma que constituye la adversidad social en la vida de los sujetos. La influencia de adversidades extremas como el maltrato físico parecen más obvias, sin embargo, el rol que la duración de adversidades menos severas analizado en esta investigación ha sido muchas veces omitido, consecuencia de la falta de datos longitudinales y de la construcción de índices que combinan una diversidad de adversidades sociales cualitativamente distintas.

Por otro lado, la influencia positiva de la adversidad social privativa, dañina y compleja sufrida durante la infancia documentan la aceptación del segundo set de hipótesis, y corroboran para esta población las premisas del Modelo de Periodo Sensible que ha relevado la importancia de la etapa de vida en la magnitud y diversidad de los efectos en salud mental (Bernardi, Huinink, & Settersten, 2018b; Bifulco et al., 1987; Elder, Johnson, & Crosnoe, 2003; George, 2013b; Halfon et al., 2018b; Harris & Schorpp, 2018; McLaughlin, 2018). Si bien sólo el efecto de la adversidad social dañina en la infancia reporto ser estadísticamente significativo luego de controlar por las covariables incluidas, es interesante destacar que todas las formas de adversidad social durante la infancia (5-11 años)

reportaron efectos no controlados estadísticamente significativos, mientras que ningún efecto de la adversidad social sufrida durante la adolescencia (12-16 años) reportó serlo sobre la probabilidad de padecer las psicopatologías Interiorizantes consideradas. Asimismo, el hecho de que sólo la adversidad dañina mantuviese una influencia significativa luego de ser controlada, es un indicador de los severos y prolongados impactos de aquella adversidad que implica la presencia de insumos inesperados que suponen amenazas para su bienestar físico y mental, y con ello, como señala McLaughlin (2018), Luke & Banerjee (2013), y Leist & Dadds (2009), desviaciones en el desarrollo de su comprensión social. En conjunto, estos hallazgos revelan no sólo la importancia de la infancia con su mayor plasticidad psicobiológica en la comprensión de los graves perjuicios que suponen formas activas y pasivas de adversidad social para la salud mental, sino también la necesidad de profundizar en análisis con más distinciones etarias que puedan guiar la focalización de intervenciones orientadas a la prevención y reparación de estas vulneraciones. En este sentido, los efectos tanto agregados como desagregados de la adversidad social reportados apoyan los planteamientos de Hugues & Ensor (2005), que señalan que no sólo la presencia sino también la calidad de los vínculos socioafectivos que acompañan la infancia es relevante, de modo que una merma en dicha calidad (estabilidad, proximidad, incondicionalidad) puede tener efectos de largo alcance en la vida de los adolescentes y jóvenes.

La aceptación de las hipótesis que la perspectiva de curso de vida proveyó referentes al efecto de la etapa, de la heterogeneidad o co-exposición y de la duración de la exposición a adversidad, da cuenta de cómo la desventaja social, la sumisión y olvido de la vulnerabilidad multidimensional de poblaciones como lo es la de infractores adolescentes tiene repercusiones, en el mediano y largo plazo, en su salud mental. Ciertamente se requieren más investigaciones sobre esta población en el contexto chileno, sin embargo, las altas prevalencias de adversidad social, y de resultados como los diagnósticos de las psicopatologías evaluadas acá o como las tempranas participaciones en actos delictivos dan cuenta de que los contextos estresantes, de múltiples adversidades y vulnerabilidades en los que nacen, crecen y se desarrollan estos adolescentes y jóvenes perpetúan, sin las intervenciones adecuadas y oportunas, cadenas de riesgo. Desde la perspectiva de curso de vida, la adversidad social temprana puede contribuir a la desventaja persistente y acumulada mediante, por ejemplo, la mala salud mental, deficiente nutrición, bajos resultados escolares,

deserción escolar, inicios precoces en el consumo de drogas, conductas violentas y/o delictivas, entre muchos otros *outcomes* que sumen a esta población en cadenas diferenciadas de mayor riesgo a diversos factores estresantes a los largo de todo el ciclo vital, perpetuando de manera inter e intrageneracional su vulnerabilidad.

La inclusión de otros factores de riesgo asociados al padecimiento temprano de las psicopatologías evaluadas en esta investigación como el inicio en el consumo de drogas psicoestimulantes como la cocaína o su derivada la pasta base demostró ser un factor de riesgo importante en el desarrollo de psicopatologías Interiorizantes, hallazgo que encuentra tres explicaciones tentativas no excluyentes entre sí. La primera de ellas refiere a las desviaciones en el desarrollo, conectividad y maduración cerebral, mayormente posible en etapas en que hay una alta remodelación y refinamiento de estructuras que regulan múltiples funciones socio-emocionales, ejecutivas y cognitivas, como lo es la adolescencia, provocadas por el consumo temprano de estas drogas (Farrell et al., 2019; Salmanzadeh et al., 2020). La evidencia neuropsiquiátrica más reciente ha asociado este último con alteraciones en la amígdala, en el hipocampo y en regiones corticales que regulan las respuestas a miedos contextuales y el comportamiento impulsivo respectivamente, así como con en sistemas de recompensa, y de regulación emocional, todas asociadas a trastornos de ansiedad, depresión, psicosis y esquizofrenia (Farrell et al., 2019; Ryan, 2019; Salmanzadeh et al., 2020). La segunda, da cuenta del posible efecto selección que, devenida de la imposibilidad de establecer causalidades entre estados de ánimo ansiosos y deprimidos y comportamientos de riesgo, como lo es el inicio en el consumo de drogas para aminorar las manifestaciones y síntomas incómodos de dichos estados. La tercera y última, refiere a los sesgos de medición en los diagnósticos de trastornos Interiorizantes consecuencia de la presencia temporal de ansiedad, fatiga, escalofríos, concepciones negativas y deprimidas de sí mismo, causadas por el cese reciente definitivo o no del consumo de la droga (abstinencia o *crash*) (Ryan, 2019), sintomatología que no necesariamente es sinónimo del padecimiento de los trastornos en cuestión. Explicación plausible bajo las modalidades no privativas o parcialmente privativas bajo las que cumplen sus condenas. Más allá de estas explicaciones tentativas, lo recién discutido revela la necesidad de focalizar esfuerzos preventivos en el uso de drogas que pueden estar mayormente presentes en el contexto de esta población y que muchas veces parecen no tener la importancia y alcance en dichos esfuerzos que hallazgos como este

demandan, dada la baja retención escolar y la ausencia de cuidadores o redes que los acompañe e incluya en las instituciones que los realizan. En consecuencia, iniciativas preventivas deben atender al severo contexto de vulnerabilidad en el que estos adolescentes están inmersos.

Por otro lado, estos resultados también sugirieron que la adversidad social no siempre puede ser tematizada como principal factor socioemocional en la explicación de psicopatologías, pues es imperativo considerar la naturaleza de estos últimos para sopesar influencias que, tal como se evidencia acá, pueden llegar a ser aún más importantes para su comprensión. En tanto, contrario a lo hipotetizado, ninguna de las tipologías de adversidad social demostró tener efectos significativos positivos sobre el padecimiento de los trastornos Exteriorizantes para los que se tenían datos, a saber, trastornos relativos a la dependencia de drogas blandas y/o duras, más bien fue la presencia y precocidad en el acceso y consumo de estas sustancias los que demostraron ser predictores de mayor efecto e importancia. En particular, la iniciación en el consumo de Marihuana antes de los 12 años, y en el de cocaína y/o pasta base antes de los 13 años, aumentaron considerablemente las probabilidades de este tipo de psicopatologías, hallazgo que se suma a la vasta literatura que señala la precocidad en el consumo y acceso como uno de los principales factores de riesgo no sólo para dependencias futuras a sustancias (Verweij et al., 2010), sino también para otras psicopatologías como desordenes de conducta, depresión, trastorno negativista desafiante (Armstrong & Costello, 2002) y daños en las funciones cognitivo-conductuales atencionales y ejecutivas (Tziraki, 2012), así como a la escasa literatura que ha testeado las consecuencias en la salud mental futura del uso temprano de cocaína y pasta base. Al respecto, es interesante notar que el inicio en el consumo de cocaína ya sea de manera precoz, o no (entre los 13 y 23 años) reportan riesgos similares para estos trastornos, no así cuando se trata de trastornos Interiorizantes para los que el consumo precoz reporta tener un impacto comparativamente mayor.

De igual forma, contextos familiares en el que constantemente está presente no sólo el alcohol sino también las conductas y situaciones asociadas a su abuso demostraron aumentar considerablemente el desarrollo de dependencias. La importancia de estos factores también se evidencia en el efecto aparentemente protector que la adversidad compleja reporta

tener sobre estas psicopatologías, en tanto experiencias adversas que podrían implicar escaso acceso a drogas hacia las que posteriormente desarrollen dependencia ya sea por el mayor control hacia conductas en pos de dicho acceso o por la priorización de recursos devenida de la indigencia, no obstante son necesarias investigaciones futuras que aborden los efectos específicos que adversidades como estas que si bien están marginalmente presentes en otras poblaciones, no lo son en la que se estudia aquí. Si bien, este resultado podría considerarse como uno que apoya la efectividad del sistema de protección a la infancia y adolescencia administrados e implementados por SENAME, las influencias de esta experiencia en el diagnóstico y padecimiento de trastornos Interiorizantes dan cuenta de que la permanencia en estas residencias significa pocas veces la protección de estímulos, negligencias o maltratos. Muy por el contrario, evidencian ser responsables de graves vulneraciones en sus derechos devenidas del abuso sexual, maltratos físicos y psicológicos, negligencias en el cuidado, condiciones precarias de habitabilidad, entre otras adversidades a las que los menores se enfrentan en las que debiesen ser casas de acogida, lugares de protección de los riesgos que suponía para estos la permanencia con sus familias (Cámara de Diputados de Chile, 2014; Contraloría General de la República, 2014; Corporación Administrativa del Poder Judicial, 2013). En consecuencia, la necesidad de una reestructuración completa para esta institución es urgente.

De manera similar, el régimen bajo el cual cumplen la condena dictada por los jueces en virtud de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (LRPA), evidenció ser un factor protector cuando se trata de psicopatologías cuyo principal factor de riesgo, según los resultados discutidos, es el acceso. Sin embargo, al mismo tiempo reporto aumentar la probabilidad de diagnóstico de psicopatologías Interiorizantes, en tanto la privación podría aumentar la severidad de los síntomas asociados a estas psicopatologías (Binswanger et al., 2011) debido a la baja probabilidad de intervenciones psicológicas efectivas durante el encarcelamiento (Morales, 2016), al distanciamiento de pares o familiares significativos, de instancias de distensión, al cambio repentino de residencia y de las condiciones de habitabilidad, entre otros (Baglivio et al., 2018). Además, si bien no fue testeado este factor, el hecho de que el encarcelamiento adolescente aumente las probabilidades de los trastornos Interiorizantes considerados lleva inevitablemente a sopesar la duración de éste como uno de riesgo, en tanto investigaciones como las de Schnittker, Massoglia & Uggen (2012) han

relevado la influencia positiva de ésta sobre depresión, trastornos de ansiedad y bipolaridad. No obstante, debido a la imposibilidad de contar con diagnósticos previos al encarcelamiento de estos adolescentes y jóvenes, los efectos encontrados para el caso de estos últimos trastornos puede confundirse con uno de selección, en tanto el trastorno psiquiátrico podría ser previo al encarcelamiento, hipótesis que ha sido testada mediante la relación positiva entre diversos trastornos psiquiátricos, la gravedad del delito cometido (Grisso, 2008; McAra & McVie, 2016) y la reincidencia delictual (Baglivio et al., 2016).

5.2 Limitaciones e Implicancias

Si bien los resultados anteriormente discutidos enriquecen la insuficiente evidencia sobre cómo la adversidad social afecta la salud mental de adolescentes y jóvenes infractores chilenos, existen una serie de limitaciones que se deben tener en cuenta a la hora de relevarlos. Es importante considerar que, dada la especial vulnerabilidad, marginación y desventaja de esta población los resultados no son generalizables a contextos distintos a los que adolescentes y jóvenes infractores están expuestos. Las altas prevalencias de psicopatologías entre ellos dan cuenta de una población sumida en contextos altamente riesgosos, y con ello con altos niveles de adversidad social y presencia de drogas cuestión que lleva a la cautela en la generalización de sus efectos a poblaciones con menores niveles de riesgo.

Otra de las limitaciones que deben considerarse en la comprensión de los hallazgos expuestos y discutidos refiere a la construcción de las variables dependientes. La selección de las psicopatologías incluidas en los análisis factoriales exploratorios se realizó reparando en (i) la capacidad de la variable para medir la presencia del trastorno y no de otro resultado, (ii) aquellas que tienen mayores posibilidades y alternativas de tratamiento, (iii) la robustez de los criterios de diagnóstico de la psicopatología para evitar la sobre y subestimación de éstas, y (iv) la total dependencia hacia los arreglos culturales imperantes de sus diagnósticos. Dicha selección resultó en la inclusión de psicopatologías Exteriorizantes sólo relativas a la dependencia de drogas duras y blandas, escenario que permite la generalización de las influencias sobre estas sólo para un tipo específico de trastornos Exteriorizantes. Asimismo,

debido a las altas tasas de consumo de las drogas consideradas en dichas dependencias, así como al policonsumo presente en esta población, es posible que algunos de los efectos encontrados se deban a uno de selección.

Una tercera limitación de este estudio refiere a los sesgos de recordación de las medidas retrospectivas utilizadas. Hard & Rutter (2004) y Baldwin, Reuben, Newbury & Danese (2019) en sus meta-análisis comparativos entre medidas prospectivas y retrospectivas señalan que el reporte retrospectivo de las adversidades sociales experimentadas en la infancia temprana puede no ser fiable ni válido, en tanto la memoria de etapas tempranas puede presentar sesgos derivados del juicio y/o la interpretación de las situaciones y de su cambio a lo largo de la vida de los sujetos, de los arreglos socioculturales de determinados periodos que pueden normalizar ciertas experiencias. Asimismo, la dañada salud mental que demostraron tener estos adolescentes y jóvenes invita a sopesar con mayor énfasis la validez de estas medidas. Por ello, y como una forma de evitar la inclusión de errores de medición derivados de estas limitaciones se optó por excluir del análisis la información sobre la exposición a adversidad social antes de los 5 años.

Una cuarta y última limitación a la que se enfrentó la presente investigación radica en las limitadas medidas de adversidad social temprana con las que se contó. Evaluaciones más precisas y completas de la influencia que la adversidad social tiene en la salud mental de poblaciones vulnerables requieren no sólo de datos longitudinales que permitan incorporar la tan enriquecedora perspectiva de curso de vida en su comprensión, sino también de las múltiples experiencias adversas a las que están expuestos estos jóvenes. De lo contrario erróneamente se pueden dejar atribuir efectos a exposiciones no observadas sumamente correlacionadas con las incluidas, como lo es por ejemplo el grado de pobreza de un hogar o la salud mental de padres o cuidadores (*Confounding*), imposibles de incorporar en estos análisis. En este sentido, la construcción de las tipologías de adversidad es un avance importante en la profundización de sus impactos, pero insuficiente para caracterizar de manera fidedigna la influencia que contextos de múltiples, severas y complejas privaciones, hostilidades, exclusiones y desprotección.

Si bien las limitaciones antes mencionadas deben ser tomadas en cuenta en la comprensión de los resultados aquí discutidos, estas no merman el aporte que significan para

el diseño de políticas públicas cuyo objetivo sea disminuir las altas prevalencias de trastornos psiquiátricos en esta población, así como erradicar determinantes sociales como los incluidos en esta investigación. Estas altas prevalencias, dan cuenta no solo de la dañada salud mental de adolescentes y jóvenes infractores, sino también de los pocos esfuerzos en materia de política pública por atender y mejorar la salud mental de poblaciones sumamente vulnerables. En esta línea, el Plan de Garantías Explicitas en Salud (GES) define un conjunto de prestaciones para atender afecciones de salud que deben estar garantizadas tanto por FONASA como por planes particulares, no obstante sólo un 5% de estas (4) son psicopatologías (Superintendencia de Salud, 2019). Sumado a esto, en la atención a éstas no están aseguradas las garantías de acceso, de oportunidad (plazos de atención conocidos y razonables) ni garantías de igualdad en la calidad de ésta, debido entre otras cosas al insuficiente gasto social en profesionales e infraestructura, y a que el sistema permite la coexistencia de un seguro público solidario y uno privado con fines de lucro que privilegia al sujeto con menos riesgo, y castiga al que más los tiene (Staab, 2013). En consecuencia, urgen políticas públicas que conciban tratamientos psicológicos y psiquiátricos como un mínimo social, que comprendan que para evitar las múltiples consecuencias negativas que tiene para la vida de estos adolescentes y jóvenes el padecimiento de un trastorno es imperativo no sólo asegurar el acceso a éstos sino también su prontitud y calidad.

Los postulados de la perspectiva de curso de vida que en esta investigación se corroboran dan cuenta de que la salud mental responde no sólo a su desarrollo biológico, sino también al contexto familiar, social, económico, político y cultural en el que ocurre dicho desarrollo, es decir a las fuerzas del entorno que forjan la historia de vida de las personas. El “brazo largo de la infancia” documentado aquí sostiene que las circunstancias tempranas están directamente relacionadas con los resultados en salud que surgen décadas más tarde. En este sentido, la vulnerabilidad que surge de las múltiples adaptaciones fisiológicas al estrés devenidas de la exposición a adversidades sociales requiere que los múltiples servicios que atienden tanto la salud mental de los niños y niñas, como la salud física, e incluso su educación reconozcan y consideren dicha vulnerabilidad. La detección temprana de las consecuencias que traumas complejos como los analizados acá tienen, provee ventanas de oportunidad no sólo para mermarlas, sino por sobre todo para detener las cadenas de riesgo que condicionan los resultados en múltiples dimensiones de la vida de estos. Por tanto, es

imperativo que estos servicios indaguen en la historia de vida de los niños y niñas que atienden, que generen instrumentos, entrevistas, u otras metodologías que les permita sopesar cuan afectados están sus organismos, cuán intensa ha sido la adversidad a la que han tenido que adaptarse, de manera de generar respuestas efectivas y oportunas a los riesgos latentes devenidos de sus trayectorias, y que muchas veces no se manifiestan hasta etapas posteriores con una mayor profundización de los daños y desviaciones causados.

Sin embargo, iniciativas que sólo consideren el problema y no sus causas difícilmente podrán mejorar el estado de la salud mental de estos. Es decir, los tratamientos sólo reducen las consecuencias de la desventaja persistente que caracteriza las trayectorias vitales de poblaciones vulnerables. En este sentido, es de suma necesidad el diseño de un sistema de protección social que entienda que la exposición a adversidad social temprana es un problema que requiere una mirada multidimensional y con ello de intervenciones oportunas y coordinadas en múltiples dimensiones (salud, educación, vivienda, comunidad, cultura, entre otras). En la actualidad, el sistema de protección social chileno que privilegia deberes en vez de derechos, toda vez que la entrega de gran parte de los componentes de éste⁴² son condicionadas a logros ya sea de los padres respecto a sus hijos, o de estos últimos (Staab, 2013), lo que no asegura garantías de bienestar a niños y adolescentes cuyos padres o cuidadores no pueden cumplir con estos, o se encuentran fuera de los radares de este sistema, tal como muchas veces ocurre con la población aquí estudiada. En consecuencia, es necesario que la política pública incremente acciones en el plano preventivo en poblaciones azotadas por múltiples factores de riesgo dada la acumulación y persistencia de su desventaja socioeconómica, y no sólo que tenga un rol reparador de los derechos que le son vulnerados dada la adversidad a la que cotidianamente se enfrentan. Es imperativo relevar un enfoque de derechos en la política pública orientada a niños, niñas y adolescentes, desde la que la desventaja persistente que enfrentan se configure como una violación a los derechos que el Estado chileno se han comprometido año tras año a proteger y garantizar.

42 Actualmente compuesto por el subsistema de Seguridades y Oportunidades, y Subsistema Chile Crece Contigo. Para más información visitar <http://www.gobernaciontierradelfuego.gov.cl/conozca-el-sistema-de-proteccion-social/>.

VI. REFERENCIAS

1. Agresti, A. (2007). *An Introduction to Categorical Data Analysis* (2da ed.). John Wiley & Sons, Inc.
2. Anda, R., Butchart, A., Felitti, V., & Brown, D. (2010). Building a Framework for Global Surveillance of the Public Health Implications of Adverse Childhood Experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93-98.
3. Aneshensel, C., Phelman, J., & Bierman, A. (2013). The Sociology of Mental Health: Surveying the Field. En *Handbook of the Sociology of Mental Health* (Segunda Edición, pp. 1-21). Springer.
4. Aneshensel, C., Rutter, C., & Lachenbruch, P. (1991). Social structure, stress, and mental health: Competing conceptual and analytic models. *American Sociological Review*, 56, 166-178.
5. Armstrong, T., & Costello, J. (2002). Community Studies on Adolescent Substance Use, Abuse, or Dependence and Psychiatric Comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1224-1239.
6. Baglivio, M., Wolff, K., DeLisi, M., Vaughn, M., & Piquero, A. (2016). Effortful control, negative emotionality, and juvenile recidivism: An empirical test of DeLisi and Vaughn's temperament-based theory of antisocial behaviour. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(3), 376-403.
7. Baglivio, M., Wolff, K., Piquero, A., Delisi, M., & Vaughn, M. (2018). The effects of changes in dynamic risk on reoffending among serious juvenile offenders returning from residential placement. *Justice Quarterly*, 35(3), 443-476.
8. Baldwin, J., Reuben, A., Newbury, J., & Danese, A. (2019). Agreement Between Prospective and Retrospective Measures of Childhood Maltreatment. A systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 1-10.
9. Baltrušaitytė, G. (2003). Theorising Mental Disorder: A Sociological Approach. *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 1, 116-132.
10. Barrett, A., & Turner, J. (2005). Family Structure and Mental Health: The Mediating Effects of Socioeconomic Status, Family Process, and Social Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 156-169.
11. Bassett, E. (2013). *Adverse Childhood Experiences among Delinquent Youth and Substance Use Disorders in Emerging Adulthood*. Northwestern.
12. Basto-Pereira, M., Miranda, A., Ribeiro, S., & Maia, A. (2016). Growing up with adversity: From juvenile justice involvement to criminal persistence and psychosocial problems in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 62, 63-75.
13. Baum, A., Garofalo, J., & Yali, A. (1999). Socioeconomic Status and Chronic Stress - Does Stress Account for SES Effects on Health? En *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social Psychological and Biological Pathways* (Vol. 896, pp. 131-144).
14. Belli, R., & Callegaro, M. (2009). The emergence of calendar interviewing. A theorical and empirical rationale. En *Calendar and time diary methods in life course research* (pp. 31-52). Sage.
15. Bernardi, L., Huinink, J., & Settersten, R. (2018). The Life Course Cube: A Tool for Studying Lives. *Advance in Life Course Research*.
16. Bhattacharjee, D., Singh, N., Rai, A., Kumar, P., Verma, A., & Munda, S. (2011). Sociological Understanding of Psychiatric Illness: An Appraisal. *Delhi Psychiatry Journal*, 14(1), 54-62.
17. Bielas, H., Barra, S., Skrivaneck, C., Aebi, M., Steinhäuser, H., Bessler, C., & Plattner, B. (2016). The associations of cumulative adverse childhood experiences and irritability with mental disorders in detained male adolescent offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1).

18. Bifulco, A., Brown, G., & Harris, T. (1987). Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication. *Journal of Affective Disorders*, 12, 115-128.
19. Binswanger, I. A., Blatchford, P. J., Lindsay, R. G., & Stern, M. F. (2011). Risk factors for all-cause, overdose and early deaths after release from prison in Washington state. *Drug and Alcohol Dependence*, 117, 1-6.
20. Blake, J., & Jay, R. (2013). Social Relations, Social Integration and Social Support. En *Handbook of the Sociology of Mental Health* (Segunda Edición, pp. 341-356). Springer.
21. Blanco, A., & Díaz, D. (2007). Social Order and Mental Health: A Social Wellbeing Approach. *Psychology in Spain*, 11(1), 61-71.
22. Bowlby, J. (1952). *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization.
23. Bowlby, J. (1989). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. Brunner Routledge.
24. Bradley, R., Corwyn, R., & McAdoo, H. (2001). The home environments of children in the United States part I: Variations by age, ethnicity, and poverty status. *Child Development*, 72(6), 1844-1867.
25. Brody, G., Chen, Y.-F., & Kogan, S. (2010). A cascade model connecting life stress to risk behavior among rural African American emerging adults. *Development and Psychopathology*, 22, 667-678.
26. Brown, S., & Shillington, A. (2016). Childhood adversity and the risk of substance use and delinquency: The role of protective adult relationships. *Child Abuse & Neglect*, 63, 211-221.
27. Brown, T. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
28. Cámara de Diputados de Chile. (2014). *Informe final comisión especial investigadora funcionamiento del Servicio Nacional de Menores (SENAME)*. Congreso de Chile.
29. Canales, M., Fuentealba, T., Jiménez, J., Morales, J., Cottet, P., & Agurto, I. (2005). Una aproximación a los factores que inciden en la comisión del Delito Adolescente. *El Observador*, 49-72.
30. Cannon, W. (1935). Stresses and strains of homeostasis. *American Journal of the Medical Sciences*, 189, 1-14.
31. Chapman, D., Whitfield, C., Felitti, V., Dube, S., Edwards, V., & Anda, R. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord*, 82, 217-225.
32. Chapple, C., Tyler, K., & Bersani, B. (2005). Child neglect and adolescent violence: Examining the effects of self-control and peer rejection. *Violence and Victims*, 20(1), 39-53.
33. Chassin, L., Piquero, A. R., Losoya, S. H., Mansion, A. D., & Schubert, C. A. (2013). Joint Consideration of Distal and Proximal Predictors of Premature Mortality Among Serious Juvenile Offenders. *Journal of Adolescent Health*, 52, 689-696.
34. Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Negl*, 31, 211-229.
35. Contraloría General de la República. (2014). *Informe Final Auditoría: Servicio Nacional de Menores Región Metropolitana*. División de Auditoría Administrativa. Área de Administración Interior y Justicia.
36. Corporación Administrativa del Poder Judicial. (2013). *Informe estadístico de los niños/as privados de cuidado parental en Chile*. CIPER.
37. Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiological and Behavior*, 106, 29-39.
38. Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *Journal of Gerontology*, 58B, 327-337.
39. Dashiff, C., DiMicco, W., Myers, B., & Sheppard, K. (2009). Poverty and Adolescent Mental Health. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(1), 23-32.
40. Dong, M., Anda, R., Felitti, V., Dube, S., Williamson, D. F., Thompson, T., Loo, C., & Giles, W. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household

- dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28, 771-784.
41. Douglas, K., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A., Anton, R., Weiss, R., Brady, K., Poling, J., Farrer, L., & Kranzler, H. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: Partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 7-13.
 42. Edwards, J., & Edwards, A. (1984). Approximating the tetrachoric correlation coefficient. *Biometrics*, 40(2), 563.
 43. Elder, G., Johnson, M., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. En *Handbook of the Life Course* (pp. 3-19). Springer.
 44. Elder, Glen. (1998). The Life Course as Developmental Theory. *Child Development*, 69(1), 1-12.
 45. Evans, G., & Dongping, L. (2013). Cumulative Risk and Child Development. *Psychological Bulletin - American Psychological Association*, 139(6), 1342-1396.
 46. Farrell, M., Martin, N., Stockings, E., Bórquez, A., Cepeda, J., Degenhardt, L., Ali, R., ThiTran, L., Rehm, J., Torrens, M., Shoptaw, S., & McKetin, R. (2019). Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. *Lancet*, 394, 1488-1493.
 47. Feldman, S. (1988). Structure and Consistency in Public Opinion: the Role of Core Beliefs and Values. *American Journal of Political Science*, 32(2), 416-440.
 48. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 246-258.
 49. Finza-Dottan, R., & Karu, T. (2006). From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood: A path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(8), 616-621.
 50. Franco, M. (2015). *Actualización conceptual de los trastornos del control de los impulsos*. 9-29.
 51. Fundación Tierra Esperanza. (2007a). *Estudio Diagnóstico de la Situación Actual de la Atención en Salud Mental y Psiquiatría para la Población de Adolescentes que Cumplen Condena en CIP-CRC*.
 52. Fundación Tierra Esperanza. (2007b). *Estudio Diagnóstico de la Situación Actual de la Atención en Salud Mental y Psiquiatría para la Población de Adolescentes que Cumplen Condena en CIP-CRC*.
 53. Gaete, J., Labbé, N., Del Villar, P., Allende, C., & Valenzuela, E. (2014a). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley en Chile. *Rev Med Chile*, 142, 1377-1384.
 54. Gaete, J., Labbé, N., Del Villar, P., Allende, C., & Valenzuela, E. (2014b). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley en Chile. *Rev Med Chile*, 142, 1377-1384.
 55. Genet, A. (2016). *An online investigation of trauma across the lifespan and predictors of coping self-efficacy: Post-Traumatic stress disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, substance use disorders, and engagement in risky sexual behavior*. Columbia University.
 56. George, L. (2013). Life-Course Perspectives on Mental Health. En *Handbook of the Sociology of Mental Health* (Segunda Edición, pp. 585-602). Springer.
 57. Gibb, B., Benas, J., Crossett, S., & Uhrlas, D. (2007). Emotional maltreatment and verbal victimization in childhood: Relations to adults depressive cognitions and symptoms. *Journal of Emotional Abuse*, 79(2), 59-73.
 58. Glasner, T., & Vaart, V. der. (2007). Applications of calendar instruments in social surveys: a review. *Quality and Quantity*, 43(3), 333-349.
 59. Green, J., McLaughlin, K., Berglund, P., Gruber, M., Sampson, M., Zaslavsky, A., & Kessler, R. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity

- Survey Replication I. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113-123.
60. Grisso, T. (2008). Adolescent Offenders with Mental Disorders. *The Future of Children*, 18(2), 143–164.
 61. Halfon, N., Forrest, C., Lerner, R., & Faustman, E. (2018). *Handbook of Life Course Health Development*. Springer International Publishing.
 62. Hamilton, J., Shapero, B., Stange, J., Hamlat, E., Abramson, L., & Alloy, L. (2013). Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: Hopelessness as a mediator. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(3), 332-347.
 63. Han, L., Aghajani, M., Clark, S., Chan, R., Mohammad, H., Shabalin, A., Zhao, M., Kumar, G., Ying Xie, L., Jansen, R., Milaneschi, Y., Deah, B., Aberg, K., & van den Oord, E. (2018). Epigenetic Aging in Major Depressive Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1-9.
 64. Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273.
 65. Harris, K., & Schorpp, K. (2018). Integrating Biomarkers in Social Stratification and Health Research. *Annual Review of Sociology*, 44, 361-386.
 66. Horwitz, A. (2013). The Sociological Study of Mental Illness: A Critique and Synthesis of Four Perspectives. En *Handbook of the Sociology of Mental Health* (Segunda Edición, pp. 95-113). Springer.
 67. Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356-366.
 68. ISUC. (2007). *Estudio de Prevalencia y Factores Asociados al Consumo de Drogas en Adolescentes Infractores de Ley* [Informe Final]. Pontificia Universidad Católica de Chile.
 69. ISUC, & Fundación San Carlos de Maipo. (2015). *Trayectorias de Jóvenes Infractores de Ley* [Artículos de Investigación].
 70. James, V., & Gabe, J. (Eds.). (1996). *Health and the Sociology of Emotions*. Blackwell.
 71. Jirapramukpitak, T., & Harpham, T. (2011). Family violence and its «adversity package»: a community survey of family violence and adverse mental outcomes among young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 825-831.
 72. Kalmakis, K., & Chandler, G. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Informing Practice And Policy Worldwide through Research and Scholarship*, 70(7), 1948-1501.
 73. Keating, D., & Hertzman, C. (1999). *Developmental health and the wealth of nations: Social, biological and educational dynamics*. Guilford Press.
 74. Koenen, K., & Rudenstine, S. (2014). Adverse childhood experiences and brain development: neurobiological mechanisms linking the social environment to psychiatric disorders. En *A Life Course Approach to Mental Disorders*.
 75. Koskenvuo, K., & Koskenvuo, M. (2015). Childhood adversities predict strongly the use of psychotropic drugs in adulthood: a population-based cohort study of 24 284 Finns. *J Epidemiol Community Health*, 69, 354–360.
 76. Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal Epidemiol Community Health*, 53(10), 778-783.
 77. Kwong, T., & Hayes, D. (2017). Adverse family experiences and flourishing amongst children ages 6-17 years: 2011/12 National Survey of Children's Health. *Child Abuse & Neglect*, 70, 240-246.
 78. Larkin, H., Shields, J., & Anda, R. (2012). The Health and Social Consequences of Adverse Childhood Experiences (ACE) Across the Lifespan: An Introduction to Prevention and Intervention in the Community. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40(4), 263-270.

79. Lazarus, R. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
80. Lerner, R. (1984). *On the nature of human plasticity*. Cambridge University Press.
81. Lim, S., Seligson, A. L., Parvez, F. M., Luther, C. W., Mavinkurve, M. P., Binswanger, I. A., & Kerker, B. D. (2012). Risks of Drug-Related Death, Suicide, and Homicide During the Immediate Post-Release Period Among People Released From New York City Jails, 2001–2005. *American Journal of Epidemiology*, 175(6), 519–526.
82. Logan-Greene, P., Tennyson, R., Nurius, P., & Borja, S. (2017). Adverse Childhood Experiences, Coping Resources, and Mental Health Problems among Court-Involved Youth. *Child & Youth Care Forum*, 46(6), 923-946.
83. Luke, N., & Banerjee, R. (2013). Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review*, 33, 1-28.
84. Lupien, S. J., King, S., Meaney, M. J., & McEwen, B. S. (2001). Can poverty get under your skin? Basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status. *Development and Psychopathology*, 13, 653–676.
85. McAra, L., & McVie, S. (2016). Understanding youth violence: The mediating effects of gender, poverty and vulnerability. *Journal of Criminal Justice*, 45, 71–77.
86. McEwen, B. S. (2012). Brain on stress: How the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109, 17180-17185.
87. McEwen, B. S., & Gianaros, P. J. (2010). Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 190-222.
88. McLaughlin, K., & Sheridan, M. (2016). Beyond Cumulative Risk: A Dimensional Approach to Childhood Adversity. *Current Directions in Psychological Science*, 25(4), 239-245.
89. McLaughlin, K., Sheridan, M., & Lambert, H. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 578-591.
90. McLaughlin, Katie. (2018). *Early Life Stress and Psychopathology*. Oxford University Press.
91. McLaughlin, Katie, & Lambert, H. (2016). *Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk resilience*. 14, 29-34.
92. Mikulincer, M., & Shaver, P. (2001). Attachment theory and intergroup bias: evidence that priming the secure base schema attenuates negative reactions to out-groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 97-115.
93. Mikulincer, M., & Shaver, P. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11, 11-15.
94. Ministerio de Justicia. (2005, noviembre 28). *Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=244803>
95. MINSAL. (2007). *Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible*. Ministerio de Salud.
96. Mock, S., & Arai, S. (2011). Childhood trauma and chronic illness in adulthood: mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers. *Frontiers in Psychology*, 1(246).
97. Morales, I. (2016). *Un acercamiento a las experiencias de los psicólogos que realizan intervenciones de salud mental en niños, niñas y adolescentes institucionalizados en residencias de protección dependientes del Servicio Nacional de Menores en la Región Metropolitana* [Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil]. Universidad de Chile.
98. Moscoso, M. (1998). Estrés, salud y emociones: Estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, II(2), 47-68.
99. Muntaner, C., Ng, E., Vanroelen, C., Christ, S., & Eaton, W. (2013). Social Stratification,

- Social Closure, and Social Class as Determinants of Mental Health Disparities. En *Handbook of the Sociology of Mental Health* (Segunda edición, pp. 205-228). Springer.
100. Murray, J., & Farrington, D. (2008). Parental imprisonment: Long-lasting effects on boy's internalizing problems through the life course. *Development and Psychopathology*, 20, 273-290.
 101. OMS. (2018a, marzo 30). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
 102. OMS. (2018b, octubre 10). *Los jóvenes y la salud mental en un mundo en transformación*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/es/
 103. Otowa, T., York, T., Gardner, C., Kendler, K., & Hettema, J. (2014). The impact of childhood parental loss on risk for mood, anxiety and substance use disorders in a population-based sample of male twins. *Psychiatry Research*, 220, 404-409.
 104. Otte, C., Gold, S., Penninx, B., Pariante, C., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D., & Schatzberg, A. (2016). Major depressive disorders. *Nature Reviews Disease Premiers*, 2, 1-20.
 105. Pearlin, L. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
 106. Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M., & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
 107. Pearlin, L., Schieman, S., Fazio, E., & Meersman, S. (2005). Stress, health and the life course: some conceptual perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 205-219.
 108. Pollak, S., & Sinha, P. (2002). Effects of early experience on children's recognition of facial displays of emotion. *Development and Psychopathology*, 38, 784-791.
 109. Roberts, J., & Horney, J. (2010). The Life Event Calendar Method in Criminological Research. En *Handbook of Quantitative Criminology* (pp. 289-312). Springer Science.
 110. Rogers, A., & Pilgrim, D. (2014). *A Sociology of Mental Health and Illness*. McGraw-Hill Education.
 111. Ryan, S. (2019). Cocaine Use in Adolescents and Young Adults. *Pediatr Clin*, 66, 1135-1147.
 112. Sailas, E. S., Feodoroff, B., Lindberg, N. C., Virkkunen, M. E., Sund, R., & Wahlbeck, K. (2005). The mortality of young offenders sentenced to prison and its association with psychiatric disorders: a register study. *European Journal of Public Health*, 16(2), 193-197.
 113. Salmanzadeh, H., Ahmadi-Soleimani, M., Pachenari, N., Azadi, M., Halliwell, R., Rubino, T., & Azizi, H. (2020). Adolescent drug exposure: A review of evidence for the development of persistent changes in brain function. *Brain Research*, 156, 105-117.
 114. Schnittker, J., Massoglia, M., & Uggen, C. (2012). Out and Down: Incarceration and Psychiatric Disorders. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(4), 448-464.
 115. Schnittker, J., & McLeod, J. (2005). The social psychology of health disparities. *Annual Review of Sociology*, 31, 75-103.
 116. Simon, R. (2014). Mental Health and Emotions. En *Handbook of the Sociology of Emotions* (pp. 429-450). Springer.
 117. Smith, C., & Ireland, T. (2009). Family Violence and Delinquency. En *Handbook on Crime and Deviance* (pp. 493-524). Springer.
 118. Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. World Health Organization.
 119. Staab, S. (2013). *Protección social para la infancia y la adolescencia en Chile* (Serie Políticas Sociales N.º 180). Naciones Unidas - CEPAL.
 120. Sullivan, M., Bennett, D., Carpenter, K., & Lewis, M. (2008). Emotion knowledge in young neglected children. *Child Maltreatment*, 13, 301-306.
 121. Superintendencia de Salud. (2019). *Patologías garantizadas AUGE* [Institucional]. Patologías garantizadas AUGE. <http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyname-501.html>

122. Swisher, R., & Roettger, M. (2012). Father's Incarceration and Youth Delinquency and Depression: Examining Differences by Race and Ethnicity. *Journal of Research on Adolescence*, 1-7.
123. Taillieu, T., Brownridge, D., Sareen, J., & Afifi, T. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1-12.
124. Thoits, P. (2010). Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 41-53.
125. Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Rev Neurol*, 54, 750-760.
126. Umberson, D., Crosnoe, R., & Reczek, C. (2010). Social relationships and health behavior across the life course. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 139-157.
127. Umberson, D., Thomeer, M., & Williams, K. (2013). Family Status and Mental Health: Recent Advances and Future Directions. En *Handbook of the Sociology of Mental Health* (Segunda Edición, pp. 405-432). Springer.
128. Verweij, K., Zietsch, B., Lynskey, M., Medland, S., Neale, M., Martin, N., Boomsma, D., & Vink, J. (2010). Genetic and environmental influences on cannabis use initiation and problematic use: a meta-analysis of twin studies. *Addiction*, 105, 417-430.
129. Vliegthart, J., Noppe, G., van Rossum, E., Koper, J., Raat, H., & van den Akker, E. (2016). Socioeconomic status in children is associated with hair cortisol levels as a biological measure of chronic stress. *Psychoneuroendocrinology*, 65, 9-14.
130. Waxman, R., Fenton, M., Skodol, A., Grant, B., & Hasin, D. (2014). Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personality and Mental Health*, 81(1), 30-41.
131. Weitz, R. (2007). *The Sociology of Health Illness, and Health Care*. Thomson Wadsworth.
132. Wheaton, B. (1997). The domains and boundaries of stress concepts. En *Coping with chronic stress* (pp. 43-73). Plenum Press.
133. Wheaton, B., Young, M., Montazer, S., & Stuart-Lahman, K. (2013). Social Stress in the Twenty-First Century. En *Handbook of the Sociology of Mental Health* (Segunda Edición, pp. 299-324). Springer.
134. Wichers, M., Schrijvers, D., Geschwind, N., Jacobs, N., Myin-Germeys, I., Thiery, E., & van Os, J. (2009). Mechanisms of gene-environment interactions in depression: Evidence that genes potentiate multiple sources of adversity. *Psychological Medicine*, 39, 1077-1086.
135. Wickrama, K., & Noh, S. (2010). The Long Arm of Community: The Influence of Childhood Community Contexts Across the Early Life Course. *Journal of Youth Adolescence*, 39, 894-910.
136. Wooldridge, J. (2010). *Introducción a la econometría. Un enfoque moderno* (4a ed.). CENGAGE Learning.
137. Yang, Y., Gerken, K., Schorpp, K., Boen, C., & Harris, K. (2017). Early-life socioeconomic status and adult physiological functioning: a life course examination of biosocial mechanisms. *Biodemography and Social Biology*, 63(2), 87-103.

VII. ANEXO

7.1 Instrumento Estudio Trayectorias de Jóvenes Infractores de Ley: Calendario de Vida

I. Calendario: Trayectorias de Vida

ID

Ahora te voy a hacer algunas preguntas sobre algunos aspectos importantes de tu vida. Para anotar la información voy a usar este calendario que iremos construyendo juntos.

Muestre el calendario al encuestado indicándole los temas y las columnas donde aparecen los Años.

Para empezar, ¿me puedes decir cuando naciste?

/ /

Y, ¿cuál es tu edad?

→

Registre años cumplidos y chequee consistencia con fecha de nacimiento. Luego marque en el calendario con una línea la columna siguiente a la edad del encuestado.

¿Cuál es el último año de colegio que aprobaste?

(Encuestador: de primero básico o menos a octavo básico=1 a 8; 11= Primero medio, 22=Segundo medio, 33=Tercero medio, 44=Cuarto medio)

Hitos

Ahora necesito que recuerdes cosas importantes que te hayan pasado en tu vida como el nacimiento de un hijo, la muerte de alguien importante para ti, un cambio de casa o cualquier otra cosa que haya sido importante. Me podrías decir qué edad tenías cuando ocurrieron.

Anote los hitos que el encuestado recuerde claramente y marque con una flecha la edad en que ocurrieron. Anotar máximo 3.

Se utilizarán los hitos como referencia cuando el encuestado no recuerde a qué edad ocurrió un determinado evento. Por ejemplo ¿cuándo (... mencionar el hito) ibas o no al colegio? ¿Y el año anterior?, ¿Y el año después? Hasta reconstruir la trayectoria. Y para corroborar el inicio y final de cada trayectoria.

A. Personas con las que ha vivido

Ahora te preguntaré por las personas con las que has vivido a lo largo de tu vida. Por "vivir con" me refiero a que haya vivido por 6 meses o más con alguien.

¿Has vivido siempre, alguna vez o nunca con ...?

Si contesta "siempre" repreguntar: ¿Estás seguro que no hubo ningún período de tu vida en que no vivieras con ... ?

Marcar en el calendario la respuesta y

- si contesta "siempre" rellenar todas las columnas con una X y preguntar por la otra persona del calendario
- si contesta "nunca" dejar las columnas en blanco y preguntar por la otra persona del calendario
- si contesta "alguna vez" preguntar: ¿A qué edad comenzaste a vivir con ... ?

Marcar con una X esa edad y preguntar año por año: ¿Y cuándo tenías ... años vivías con ... ?

Preguntar hasta completar la trayectoria y luego pasar a la siguiente persona del calendario y realizar las mismas preguntas.

B. Trayectoria Escolar y Laboral

1. Ahora me gustaría que habláramos sobre el colegio. Considere desde Primero Básico en adelante, no el jardín infantil.

¿Qué edad tenías cuando fuiste por primera vez al colegio?

Marcar con una X esa edad y preguntar: ¿Y ese año con qué frecuencia ibas al colegio?

1. Regularmente
2. Solías faltar o ibas de manera irregular
3. Ese año deje de ir al colegio

Preguntar año por año hasta completar la trayectoria:

¿Y cuándo tenías ... años fuiste al colegio? Marcar con X cuando fue y con 0 cuando no fue al colegio.

¿Y ese año con qué frecuencia ibas al colegio? Anotar código de frecuencia.

2. Piensa ahora si alguna vez en tu vida has trabajado. ¿Has trabajado alguna vez en tu vida? Cuando te pregunto por "trabajo" pienso en alguna actividad **legal remunerada, que hicieras regularmente y buena parte del año.**

Si Nueca ha trabajado en una actividad legal remunerada de manera regular marcar "nunca" en el calendario y pasar a la pregunta C.1

Si contesta "sí": ¿Y a qué edad trabajaste ... por primera vez?

Marcar con una X esa edad y preguntar año por año: ¿Y cuándo tenías ... años trabajaste? Marcar con X cuando trabajó y con 0 cuando no lo hizo. Preguntar hasta completar la trayectoria y luego pasar a pregunta C.1

También considera como trabajo si se le pagaba en especie o trabajaba como familiar no remunerado.

ID

FECHA DE NACIMIENTO	/ /	EDAD		ÚLTIMO CURSO APROBADO		De primero básico o menos a octavo básico=1 a 8; 11=Primer medio, 22=Segundo medio, 33=Tercero medio, 44=Cuarto medio)
---------------------	--	------	----------------------	-----------------------	----------------------	--

HITOS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

A. Personas con las que ha vivido

Madre	Siempre																						
	Alguna vez																						
	Nunca																						
Padre	Siempre																						
	Alguna vez																						
	Nunca																						
Pareja	Siempre																						
	Alguna vez																						
	Nunca																						

B. Trayectoria Escolar y Laboral

Colegio	Nunca																						
Frecuencia	1. Regularmente 2. Solía faltar 3. Deje de ir																						
Trabajo	Nunca																						

C. Otros eventos

1. Nacimiento hijo	Nunca																						
2. Cambio de barrio o ciudad	Nunca																						
3. Residencia menores o Sename	Nunca																						
4. Vivir en la calle	Nunca																						
5. Maltrato físico	Nunca																						
6. Recluido en CRC o CIP	Nunca																						
7a. Muerte Padre	Nunca A. N.	 																					
7b. Muerte Madre	Nunca																						
8a. Padre en la cárcel	Nunca A. N.	 																					
8b. Madre en la cárcel	Nunca A. N.	 																					
8c. Hermano/a en la cárcel	Nunca A. N.	 																					
9. Porte de armas de fuego	Nunca																						

7.2 Descripción de Programas de Reinserción Social de SENAME

La nueva ley num. 20.084 de responsabilidad penal adolescente establece no sólo la responsabilidad de estos por los delitos cometidos, sino también la determinación de las sanciones procedentes y la forma en que estas serán ejecutadas. Así, el artículo 20 de dicha ley define que la finalidad de la sanción es “(...) hacer efectiva la responsabilidad de los adolescentes por los hechos delictivos que cometan, de tal manera que la sanción forme parte de una intervención socioeducativa amplia y orientada a la plena integración social” (Ministerio de Justicia, 2005). Con dicho fin, SENAME ejerce las siguientes sanciones:

- a. Internación en régimen cerrado con programa de reinserción social (CRC).
- b. Internación en régimen semicerrado con programa de reinserción social (CSC).
- c. Libertad asistida especial (PLE).
- d. Libertad asistida (PLA).
- e. Prestación de servicios en beneficio de la comunidad, y reparación del daño causado.
 - a. Prestación de servicios en beneficio de la comunidad.
 - b. Reparación del daño causado.
 - c. Multa.
 - d. Amonestación.

Dados los intereses del estudio de donde emergen los datos que la presente investigación utiliza, sólo se incluyeron adolescentes y jóvenes que fueron sancionados con medidas de (i) privación de libertad como la internación en régimen cerrado (CRC) y algunas de las sanciones no privativas de libertad, a saber, (ii) la internación en régimen semicerrado (CSC), la participación en (iii) programas de libertad asistida (PLA), y en (iv) programas de libertad asistida especial (PLE). A continuación, se detalla en qué consiste cada sanción:

- Internación en Centro de Régimen Cerrado (CRC): La internación se hace en un centro especializado para adolescentes que debe funcionar las 24 horas del día, y en el que el equipo técnico que trabaje y vele por la intervención psicosocial que cada sujeto debe recibir. Este régimen debe asegurar la continuidad de los estudios escolares o reinserción en el sistema educativo según sea el caso, la participación en actividades socioeducativo que los ayude a desarrollarse laboral y personalmente. La

administración de este tipo de centros corresponde exclusivamente y en forma directa al Servicio Nacional de Menores (ISUC & Fundación San Carlos de Maipo, 2015).

- Internación en Centro de Régimen Semicerrado (CSC): Este tipo de sanción no supone la privación de libertad del adolescente, sino más bien una residencia obligatoria en un centro que puede no ser administrado por SENAME y por tanto sujeto a licitación de organizaciones colaboradoras. Esta medida supone el cumplimiento del proceso de educación formal o reescolarización, la participación en actividades de formación y socioeducativas que pueden ser al interior de la residencia o en el medio libre no pudiendo llevarse a cabo durante el horario de internación nocturna (22.00 y 7.00 horas del día siguiente) (ISUC & Fundación San Carlos de Maipo, 2015).
- Programa de Libertad Asistida (PLA): En esta modalidad el adolescente está bajo el control y supervisión de un delegado que lo orienta y motiva a ejecutar una serie de actividades periódicas entre las que se cuentan la asistencia regular al sistema escolar, prohibición de que asista a determinados recintos, lugares y visitas a víctimas o familia de éstas. Asimismo, toda la duración del programa el delegado ejecuta su trabajo en base a encuentros obligatorios periódicos con el adolescente (ISUC & Fundación San Carlos de Maipo, 2015).
- Programa de Libertad Asistida Especial (PLE): En este tipo de modalidad se asegura al adolescente un programa intensivo de actividades socioeducativas y de reinserción social orientado a propiciar que el joven avance en su desarrollo educativo y laboral, así como en programas de rehabilitación de drogadicciones. El tribunal es el que fija la frecuencia y duración de los encuentros con el delegado (ISUC & Fundación San Carlos de Maipo, 2015).

Finalmente, toda vez que este nuevo sistema penal prioriza la preocupación por abordar los problemas de consumo problemático de drogas y/o alcohol de los adolescentes infractores, el juez está facultado para establecer sanciones accesorias igualmente obligatorias como el sometimiento a tratamientos de rehabilitación por adicción a drogas y/o alcohol (ISUC & Fundación San Carlos de Maipo, 2015).

7.3 Resultados Análisis Factorial Exploratorio

Tabla 12. Comunalidad y Retención de Factores

Observaciones = 965				
Factores retenidos = 2				
N° Parámetros = 11				
Factor	Comunalidad	Diferencia	Proporción	Acumulativo
Factor1	1,322	0,642	0,917	0,917
Factor2	0,681	0,685	0,472	1,390
Factor3	-0,005	0,088	-0,003	1,386
Factor4	-0,093	0,069	-0,064	1,322
Factor5	-0,162	0,140	-0,112	1,210
Factor6	-0,302	,	-0,210	1,000

LR test: independent vs. saturated: $\chi^2(15) = 870,12$ Prob> $\chi^2 = 0,0000$

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Tabla 13. Cargas Factoriales y Varianzas Únicas para Factores Retenidos

Variable	Factor1	Factor2	Varianza Única
Depresión	0,3188	0,4715	0,6761
Trastornos de Ansiedad	0,3376	0,4027	0,7238
TOC	0,3527	0,3512	0,7523
Dependencia Alcohol	0,5588	-0,2543	0,6231
Dependencia Marihuana	0,515	-0,2319	0,681
Dependencia Drogas Duras	0,6365	-0,2334	0,5403

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Tabla 14. Correlaciones Policóricas, Tetracóricas y Poliseriales para Variables Incluidas en los Modelos de Regresión Logística

Correlaciones Policóricas, Tetracóricas o Poliseriales		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	Padecimiento de trastorno psiquiátrico Interiorizante	1,00																											
2	Padecimiento de trastorno psiquiátrico Exteriorizante	0,12	1,00																										
3	Sufrió ACE	0,18	0,00	1,00																									
4	Sufrió ACE privativa	0,15	0,05	0,99	1,00																								
5	Sufrió ACE dañina	0,12	0,05	0,98	0,10	1,00																							
6	Sufrió ACE compleja	0,16	-0,01	0,97	0,47	0,23	1,00																						
7	Riesgo acumulado de ACE	0,20	0,02	1,00	0,95	0,60	0,74	1,00																					
8	Riesgo acumulado de ACE privativas	0,15	0,02	1,00	1,00	0,16	0,40	0,91	1,00																				
9	Riesgo acumulado de ACE dañinas	0,15	0,04	0,97	0,12	1,00	0,24	0,62	0,18	1,00																			
10	Riesgo acumulado de ACE complejas	0,17	-0,01	0,97	0,48	0,24	1,00	0,74	0,39	0,25	1,00																		
11	Sufrió ACE en la infancia	0,17	0,06	0,99	0,90	0,16	0,47	0,63	0,63	0,18	0,46	1,00																	
12	Sufrió ACE en la adolescencia	0,17	-0,06	0,99	0,91	0,74	0,64	0,93	0,87	0,74	0,64	0,78	1,00																
13	Sufrió ACE privativa en la infancia	0,15	0,06	0,99	1,00	0,04	0,38	0,57	0,63	0,03	0,37	1,00	0,76	1,00															
14	Sufrió ACE privativa en la adolescencia	0,13	0,04	1,00	1,00	0,11	0,33	0,82	0,91	0,12	0,36	0,82	0,99	0,85	1,00														
15	Sufrió ACE dañina en la infancia	0,22	0,07	0,95	0,32	0,99	0,36	0,60	0,26	0,86	0,35	0,98	0,47	0,25	0,26	1,00													
16	Sufrió ACE dañina adolescencia	0,09	0,02	0,97	0,04	1,00	0,16	0,53	0,12	0,99	0,16	0,06	0,97	-0,05	0,06	0,48	1,00												
17	Sufrió ACE compleja en la infancia	0,19	-0,02	0,97	0,55	0,18	0,99	0,69	0,43	0,20	0,91	0,98	0,49	0,53	0,51	0,34	0,12	1,00											
18	Sufrió ACE compleja en la adolescencia	0,15	-0,05	0,96	0,39	0,25	1,00	0,68	0,34	0,26	0,96	0,32	0,97	0,24	0,25	0,33	0,18	0,63	1,00										
19	Porcentaje años que sufre ACE	0,14	0,06	0,93	0,84	0,18	0,40	0,55	0,54	0,19	0,40	0,90	0,88	0,87	0,81	0,45	0,12	0,49	0,33	1,00									

Correlaciones Policóricas, Tetracóricas o Poliseriales		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
20	Porcentaje años que sufre ACE privativa	0,12	0,06	0,94	0,90	0,04	0,32	0,49	0,53	0,04	0,32	0,87	0,85	0,91	0,87	0,18	0,00	0,43	0,23	0,96	1,00								
21	Porcentaje años que sufre ACE dañina	0,15	0,06	0,64	0,18	0,88	0,22	0,42	0,14	0,74	0,21	0,31	0,67	0,04	0,11	0,76	0,75	0,15	0,22	0,20	0,03	1,00							
22	Porcentaje años que sufre ACE compleja	0,14	-0,07	0,57	0,52	0,17	0,85	0,49	0,28	0,18	0,71	0,53	0,56	0,38	0,42	0,24	0,12	0,77	0,75	0,26	0,23	0,19	1,00						
23	Inicio precoz consumo de marihuana	0,09	0,32	0,25	0,25	0,18	0,37	0,31	0,25	0,19	0,33	0,27	0,27	0,21	0,24	0,29	0,16	0,36	0,26	0,22	0,17	0,21	0,21	1,00					
24	Inicio precoz consumo de alguna cocaína	0,21	0,37	0,32	0,31	0,22	0,44	0,36	0,26	0,23	0,43	0,36	0,30	0,30	0,28	0,35	0,19	0,40	0,38	0,29	0,25	0,22	0,27	0,61	1,00				
25	Presencia de consumo problemático de alcohol en núcleo familiar	0,09	0,27	0,00	-0,01	0,01	-0,10	-0,04	-0,02	-0,02	-0,10	-0,02	-0,01	-0,02	-0,02	0,02	-0,01	-0,09	-0,12	-0,05	-0,04	-0,04	-0,05	0,02	-0,04	1,00			
26	Presencia de consumo problemático de droga en núcleo familiar	0,11	0,23	0,19	0,16	0,00	-0,07	0,07	0,11	-0,01	-0,06	0,10	0,16	0,10	0,16	0,09	-0,03	-0,07	-0,12	0,05	0,06	-0,01	-0,07	0,06	0,11	0,74	1,00		
27	Edad centrada	0,12	-0,01	0,08	0,00	0,17	0,31	0,14	0,03	0,16	0,27	0,11	0,10	0,08	0,00	0,22	0,13	0,24	0,30	0,11	0,08	0,14	0,20	0,10	0,23	-0,15	-0,16	1,00	
28	Tipo de programa	0,20	-0,03	0,39	0,37	0,29	0,52	0,49	0,38	0,31	0,51	0,26	0,45	0,22	0,38	0,40	0,22	0,45	0,52	0,27	0,22	0,27	0,38	0,38	0,39	-0,28	-0,22	0,62	1,00

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

7.4 Análisis Bivariados Exposición a Adversidad Social y Tipologías según Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos

Tabla 15. Sufre Adversidad Social Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante

	Padecimiento de Trastorno (s) Psiquiátrico (s) Exteriorizantes			Significancia estadística de la asociación	
		No padece trastorno	Padece trastorno		
Edad 5	No	54.2%	48.9%	Chi-cuadrado	2.508
	Si	45.8%	51.1%	Sig.	0.113
Edad 6	No	50.7%	44.8%	Chi-cuadrado	3.104
	Si	49.3%	55.2%	Sig.	0.078*
Edad 7	No	46.7%	42.9%	Chi-cuadrado	1.305
	Si	53.3%	57.1%	Sig.	0.253
Edad 8	No	44.4%	39.5%	Chi-cuadrado	2.200
	Si	55.6%	60.5%	Sig.	0.138
Edad 9	No	43.2%	39.3%	Chi-cuadrado	1.405
	Si	56.8%	60.7%	Sig.	0.236
Edad 10	No	40.6%	37.2%	Chi-cuadrado	1.097
	Si	59.4%	62.8%	Sig.	0.295
Edad 11	No	36.9%	35.1%	Chi-cuadrado	0.305
	Si	63.1%	64.9%	Sig.	0.581
Edad 12	No	34.0%	29.4%	Chi-cuadrado	2.153
	Si	66.0%	70.6%	Sig.	0.142
Edad 13	No	30.3%	27.2%	Chi-cuadrado	1.036
	Si	69.7%	72.8%	Sig.	0.309
Edad 14	No	25.1%	24.4%	Chi-cuadrado	0.049
	Si	74.9%	75.6%	Sig.	0.825
Edad 15	No	23.9%	23.3%	Chi-cuadrado	0.047**
	Si	76.1%	76.7%	Sig.	0.828
Edad 16	No	30.8%	23.3%	Chi-cuadrado	6.557
	Si	69.2%	76.7%	Sig.	0.010***
Sufre Adversidad Social Temprana	No	9.8%	9.7%	Chi-cuadrado	0.002
	Si	90.2%	90.3%	Sig.	0.964
	Total	100%	100%		

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Tabla 16. Sufre Adversidad Social Temprana según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante

	Padecimiento de Trastorno (s) Psiquiátrico (s) Interiorizantes			Significancia estadística de la asociación	
		No padece trastorno	Padece trastorno		
Edad 5	No	54.2%	46.7%	Chi-cuadrado	5.365
	Si	45.8%	53.3%	Sig.	0.021**
Edad 6	No	49.8%	43.5%	Chi-cuadrado	3.816
	Si	50.2%	56.5%	Sig.	0.051*
Edad 7	No	47.9%	39.9%	Chi-cuadrado	6.279
	Si	52.1%	60.1%	Sig.	0.012**
Edad 8	No	43.9%	38.0%	Chi-cuadrado	3.409
	Si	56.1%	62.0%	Sig.	0.065*
Edad 9	No	44.9%	35.8%	Chi-cuadrado	8.216
	Si	55.1%	64.2%	Sig.	0.004***
Edad 10	No	43.3%	32.6%	Chi-cuadrado	11.733
	Si	56.7%	67.4%	Sig.	0.001***
Edad 11	No	40.3%	30.3%	Chi-cuadrado	10.434
	Si	59.7%	69.7%	Sig.	0.001***
Edad 12	No	36.3%	24.8%	Chi-cuadrado	14.727
	Si	63.7%	75.2%	Sig.	0.000***
Edad 13	No	32.9%	22.8%	Chi-cuadrado	12.058
	Si	67.1%	77.2%	Sig.	0.001***
Edad 14	No	29.8%	18.5%	Chi-cuadrado	16.728
	Si	70.2%	81.5%	Sig.	0.000***
Edad 15	No	26.6%	19.8%	Chi-cuadrado	6.147
	Si	73.4%	80.2%	Sig.	0.013**
Edad 16	No	30.8%	20.3%	Chi-cuadrado	13.774
	Si	69.2%	79.7%	Sig.	0.000***
Sufre Adversidad Social Temprana	No	12.0%	7.1%	Chi-cuadrado	6.577
	Si	88.0%	92.9%	Sig.	0.010***
	Total	100%	100%		

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Tabla 17. Sufre Adversidad Social Privativa según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante

	Padecimiento de Trastorno (s) Psiquiátrico (s) Exteriorizantes			Significancia estadística de la asociación	
		No padece trastorno	Padece trastorno		
Edad 5	No	56.2%	50.6%	Chi-cuadrado	2.744
	Si	43.8%	49.4%	Sig.	0.098*
Edad 6	No	53.0%	47.2%	Chi-cuadrado	2.967
	Si	47.0%	52.8%	Sig.	0.085*
Edad 7	No	50.1%	46.0%	Chi-cuadrado	1.564
	Si	49.9%	54.0%	Sig.	0.211
Edad 8	No	47.3%	43.7%	Chi-cuadrado	1.146
	Si	52.7%	56.3%	Sig.	0.284
Edad 9	No	46.1%	42.7%	Chi-cuadrado	1.037
	Si	53.9%	57.3%	Sig.	0.308
Edad 10	No	43.5%	40.6%	Chi-cuadrado	0.770
	Si	56.5%	59.4%	Sig.	0.380
Edad 11	No	39.8%	38.2%	Chi-cuadrado	0.234
	Si	60.2%	61.8%	Sig.	0.628
Edad 12	No	38.9%	34.8%	Chi-cuadrado	1.628
	Si	61.1%	65.2%	Sig.	0.202
Edad 13	No	34.9%	32.2%	Chi-cuadrado	0.715
	Si	65.1%	67.8%	Sig.	0.398
Edad 14	No	30.0%	29.3%	Chi-cuadrado	0.050
	Si	70.0%	70.7%	Sig.	0.823
Edad 15	No	30.0%	26.5%	Chi-cuadrado	1.306
	Si	70.0%	73.5%	Sig.	0.253
Edad 16	No	35.2%	27.8%	Chi-cuadrado	5.631
	Si	64.8%	72.2%	Sig.	0.018**
Sufre Adversidad Social Privativa	No	16.7%	14.9%	Chi-cuadrado	0.566
	Si	83.3%	85.1%	Sig.	0.452
	Total	100%	100%		

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Tabla 18. Sufre Adversidad Social Privativa según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante

	Padecimiento de Trastorno (s) Psiquiátrico (s) Interiorizantes			Significancia estadística de la asociación	
		No padece trastorno	Padece trastorno		
Edad 5	No	55.9%	48.7%	Chi-cuadrado	4.902
	Si	44.1%	51.3%	Sig.	0.027**
Edad 6	No	52.3%	45.8%	Chi-cuadrado	4.039
	Si	47.7%	54.2%	Sig.	0.044**
Edad 7	No	50.4%	44.0%	Chi-cuadrado	3.951
	Si	49.6%	56.0%	Sig.	0.047**
Edad 8	No	47.1%	42.4%	Chi-cuadrado	2.209
	Si	52.9%	57.6%	Sig.	0.137
Edad 9	No	47.5%	39.6%	Chi-cuadrado	6.052
	Si	52.5%	60.4%	Sig.	0.014**
Edad 10	No	45.8%	36.7%	Chi-cuadrado	8.231
	Si	54.2%	63.3%	Sig.	0.004***
Edad 11	No	42.4%	34.4%	Chi-cuadrado	6.451
	Si	57.6%	65.6%	Sig.	0.011**
Edad 12	No	40.1%	31.7%	Chi-cuadrado	7.394
	Si	59.9%	68.3%	Sig.	0.007***
Edad 13	No	37.1%	28.5%	Chi-cuadrado	7.982
	Si	62.9%	71.5%	Sig.	0.005***
Edad 14	No	33.3%	25.1%	Chi-cuadrado	7.756
	Si	66.7%	74.9%	Sig.	0.005***
Edad 15	No	31.4%	23.5%	Chi-cuadrado	7.457
	Si	68.6%	76.5%	Sig.	0.006***
Edad 16	No	35.2%	24.8%	Chi-cuadrado	12.081
	Si	64.8%	75.2%	Sig.	0.001***
Sufre Adversidad Social Privativa	No	18.1%	12.5%	Chi-cuadrado	5.579
	Si	81.9%	87.5%	Sig.	0.018**
	Total	100%	100%		

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Tabla 19. Sufre Adversidad Social Dañina según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante

	Padecimiento de Trastorno (s) Psiquiátrico (s) Exteriorizantes			Significancia estadística de la asociación	
		No padece trastorno	Padece trastorno		
Edad 5	No	97.1%	96.3%	Chi-cuadrado	0.475
	Si	2.9%	3.7%	Sig.	0.491
Edad 6	No	95.7%	94.8%	Chi-cuadrado	0.351
	Si	4.3%	5.2%	Sig.	0.554
Edad 7	No	94.5%	93.0%	Chi-cuadrado	0.812
	Si	5.5%	7.0%	Sig.	0.367
Edad 8	No	94.2%	91.6%	Chi-cuadrado	2.261
	Si	5.8%	8.4%	Sig.	0.133
Edad 9	No	94.5%	92.9%	Chi-cuadrado	0.985
	Si	5.5%	7.1%	Sig.	0.321
Edad 10	No	93.4%	92.6%	Chi-cuadrado	0.222
	Si	6.6%	7.4%	Sig.	0.637
Edad 11	No	94.2%	93.7%	Chi-cuadrado	0.116
	Si	5.8%	6.3%	Sig.	0.734
Edad 12	No	91.6%	91.3%	Chi-cuadrado	0.041
	Si	8.4%	8.7%	Sig.	0.840
Edad 13	No	91.1%	89.2%	Chi-cuadrado	0.886
	Si	8.9%	10.8%	Sig.	0.346
Edad 14	No	88.8%	83.8%	Chi-cuadrado	4.402
	Si	11.2%	16.2%	Sig.	0.036**
Edad 15	No	83.9%	82.5%	Chi-cuadrado	0.282
	Si	16.1%	17.5%	Sig.	0.596
Edad 16	No	83.9%	80.3%	Chi-cuadrado	1.917
	Si	16.1%	19.7%	Sig.	0.166
Sufre Adversidad Social Dañina	No	63.7%	60.7%	Chi-cuadrado	0.852
	Si	36.3%	39.3%	Sig.	0.356
	Total	100%	100%		

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Tabla 20. Sufre Adversidad Social Dañina según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante

	Padecimiento de Trastorno (s) Psiquiátrico (s) Interiorizantes			Significancia estadística de la asociación	
		No padece trastorno	Padece trastorno		
Edad 5	No	97.1%	95.9%	Chi-cuadrado	1.129
	Si	2.9%	4.1%	Sig.	0.288
Edad 6	No	96.0%	94.1%	Chi-cuadrado	1.924
	Si	4.0%	5.9%	Sig.	0.165
Edad 7	No	95.8%	90.9%	Chi-cuadrado	9.670
	Si	4.2%	9.1%	Sig.	0.002***
Edad 8	No	94.7%	90.0%	Chi-cuadrado	7.654
	Si	5.3%	10.0%	Sig.	0.006***
Edad 9	No	95.6%	90.9%	Chi-cuadrado	8.807
	Si	4.4%	9.1%	Sig.	0.003***
Edad 10	No	95.2%	90.0%	Chi-cuadrado	10.010
	Si	4.8%	10.0%	Sig.	0.002***
Edad 11	No	95.2%	92.3%	Chi-cuadrado	3.732
	Si	4.8%	7.7%	Sig.	0.053*
Edad 12	No	93.5%	88.8%	Chi-cuadrado	6.718
	Si	6.5%	11.2%	Sig.	0.010***
Edad 13	No	92.8%	86.3%	Chi-cuadrado	10.887
	Si	7.2%	13.7%	Sig.	0.001***
Edad 14	No	88.2%	82.5%	Chi-cuadrado	6.423
	Si	11.8%	17.5%	Sig.	0.011**
Edad 15	No	85.0%	80.6%	Chi-cuadrado	3.200
	Si	15.0%	19.4%	Sig.	0.074*
Edad 16	No	83.3%	79.5%	Chi-cuadrado	2.262
	Si	16.7%	20.5%	Sig.	0.133
Sufre Adversidad Social Dañina	No	65.2%	57.6%	Chi-cuadrado	5.819
	Si	34.8%	42.4%	Sig.	0.016**
	Total	100%	100%		

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Tabla 21. Sufre Adversidad Social Compleja según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante

	Padecimiento de Trastorno (s) Psiquiátrico (s) Exteriorizantes			Significancia estadística de la asociación	
		No padece trastorno	Padece trastorno		
Edad 5	No	98.8%	97.9%	Chi-cuadrado	1.161
	Si	1.2%	2.1%	Sig.	0.281
Edad 6	No	96.5%	97.7%	Chi-cuadrado	1.206
	Si	3.5%	2.3%	Sig.	0.272
Edad 7	No	94.8%	97.6%	Chi-cuadrado	5.126
	Si	5.2%	2.4%	Sig.	0.024**
Edad 8	No	95.1%	95.8%	Chi-cuadrado	0.250
	Si	4.9%	4.2%	Sig.	0.617
Edad 9	No	94.5%	95.1%	Chi-cuadrado	0.178
	Si	5.5%	4.9%	Sig.	0.673
Edad 10	No	92.2%	94.2%	Chi-cuadrado	1.393
	Si	7.8%	5.8%	Sig.	0.238
Edad 11	No	91.1%	93.0%	Chi-cuadrado	1.225
	Si	8.9%	7.0%	Sig.	0.268
Edad 12	No	87.0%	92.1%	Chi-cuadrado	6.419
	Si	13.0%	7.9%	Sig.	0.011***
Edad 13	No	86.7%	89.3%	Chi-cuadrado	1.438
	Si	13.3%	10.7%	Sig.	0.230
Edad 14	No	91.9%	94.8%	Chi-cuadrado	3.186
	Si	8.1%	5.2%	Sig.	0.074**
Edad 15	No	96.5%	96.6%	Chi-cuadrado	0.0024
	Si	3.5%	3.4%	Sig.	0.961
Edad 16	No	97.7%	97.4%	Chi-cuadrado	0.074
	Si	2.3%	2.6%	Sig.	0.786
Sufre Adversidad Social Compleja	No	73.5%	73.8%	Chi-cuadrado	0.010
	Si	26.5%	26.2%	Sig.	0.919
	Total	100%	100%		

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Tabla 22. Sufre Adversidad Social Compleja según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante

	Padecimiento de Trastorno (s) Psiquiátrico (s) Interiorizantes			Significancia estadística de la asociación	
		No padece trastorno	Padece trastorno		
Edad 5	No	98.5%	97.9%	Chi-cuadrado	0.387
	Si	1.5%	2.1%	Sig.	0.534
Edad 6	No	97.5%	97.0%	Chi-cuadrado	0.219
	Si	2.5%	3.0%	Sig.	0.640
Edad 7	No	97.3%	95.7%	Chi-cuadrado	2.012
	Si	2.7%	4.3%	Sig.	0.156
Edad 8	No	97.0%	93.8%	Chi-cuadrado	5.431
	Si	3.0%	6.2%	Sig.	0.020**
Edad 9	No	96.2%	93.4%	Chi-cuadrado	3.902
	Si	3.8%	6.6%	Sig.	0.048**
Edad 10	No	95.1%	91.6%	Chi-cuadrado	4.763
	Si	4.9%	8.4%	Sig.	0.029**
Edad 11	No	94.5%	89.7%	Chi-cuadrado	7.584
	Si	5.5%	10.3%	Sig.	0.006***
Edad 12	No	91.6%	88.6%	Chi-cuadrado	2.490
	Si	8.4%	11.4%	Sig.	0.115
Edad 13	No	90.5%	85.9%	Chi-cuadrado	4.973
	Si	9.5%	14.1%	Sig.	0.026**
Edad 14	No	96.4%	90.7%	Chi-cuadrado	13.461
	Si	3.6%	9.3%	Sig.	0.000***
Edad 15	No	98.3%	94.5%	Chi-cuadrado	10.221
	Si	1.7%	5.5%	Sig.	0.001***
Edad 16	No	98.1%	96.8%	Chi-cuadrado	1.637
	Si	1.9%	3.2%	Sig.	0.201
Sufre Adversidad Social Compleja	No	77.6%	69.0%	Chi-cuadrado	9.012
	Si	22.4%	31.0%	Sig.	0.003***
	Total	100%	100%		

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Tabla 23. Asociaciones Bivariadas entre Factores de Riesgo de Control y Padecimiento de Trastornos Interiorizantes

Covariable		Padecimiento de Trastorno (s) Psiquiátrico (s) Interiorizantes		Significancia estadística de la asociación	
		No padece Trastorno	Padece Trastorno		
Inicio Precoz Consumo Marihuana	No ha consumido nunca Marihuana o inicio no precoz de consumo	47.5%	42.1%	Chi-cuadrado	28.051
	Inicio precoz en consumo	52.5%	57.9%	Sig.	0.094*
	Total	100.0%	100.0%		
Inicio precoz consumo alguna Cocaína (Pasta Base - Cocaína)	No inicio consumo	33.1%	20.0%	Chi-cuadrado	23.046
	Inicio no precoz de consumo	56.1%	63.3%		
	Inicio precoz de consumo	10.8%	16.6%	Sig.	0.000***
	Total	100.0%	100.0%		
Presencia de consumo problemático de alcohol en núcleo familiar	No	66.2%	60.6%	Chi-cuadrado	3.204
	Sí	33.8%	39.4%		
	Total	100.0%	100.0%	Sig.	0.073*
Presencia de consumo problemático de droga en núcleo familiar	No	68.8%	62.2%	Chi-cuadrado	4.680
	Sí	31.2%	37.8%	Sig.	0.031**
	Total	100.0%	100.0%		
Tipo de programa	Programas No Privativos (PLE- PLA)	59.5%	46.5%	Chi-cuadrado	16.350
	Programas Privativos (CRC- CSC)	40.5%	53.5%	Sig.	0.000***
	Total	100.0%	100.0%		

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Tabla 24. Asociaciones Bivariadas entre Factores de Riesgo de Control y Padecimiento de Trastornos Exteriorizantes

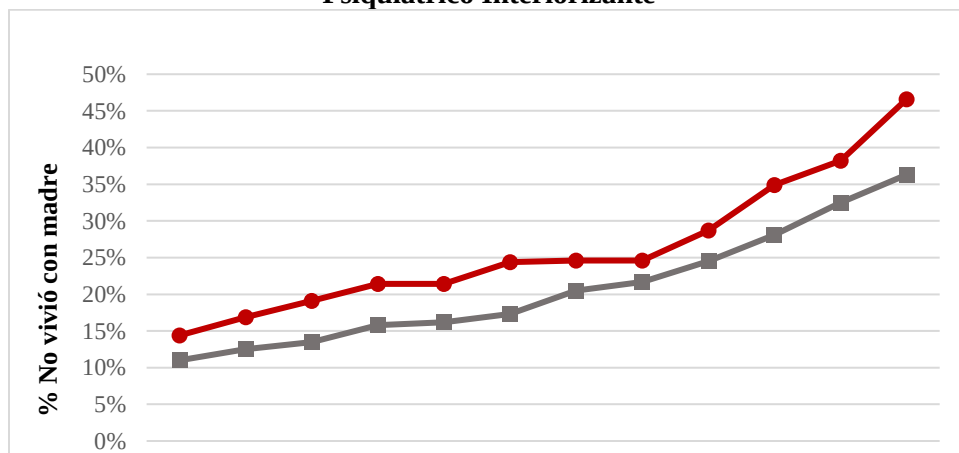
Covariable		Padecimiento de Trastorno (s) Psiquiátrico (s) Exteriorizantes		Significancia estadística de la asociación	
		No padece Trastorno	Padece Trastorno		
Inicio Precoz Consumo Marihuana	No ha consumido nunca Marihuana o inicio no precoz de consumo	58.5%	37.5%	Chi- cuadrado	39.437
	Inicio precoz en consumo	41.5%	62.5%	Sig.	0.000***
	Total	100.0%	100.0%		
Inicio precoz consumo alguna Cocaína (Pasta Base - Cocaína)	No inicio consumo	45.0%	17.2%	Chi- cuadrado	87.312
	Inicio no precoz de consumo	45.8%	67.0%		
	Inicio precoz de consumo	9.2%	15.9%	Sig.	0.000***
	Total	100.0%	100.0%		
Presencia de consumo problemático de alcohol en núcleo familiar	No	74.1%	57.8%	Chi- cuadrado	25.500
	Sí	25.9%	42.2%	Sig.	0.000***
	Total	100.0%	100.0%		
Presencia de consumo problemático de droga en núcleo familiar	No	74.4%	61.0%	Chi- cuadrado	17.595
	Sí	25.6%	39.0%	Sig.	0.000***
	Total	100.0%	100.0%		
Tipo de programa	Programas No Privativos (PLE-PLA)	52.4%	54.2%	Chi- cuadrado	0.2760
	Programas Privativos (CRC-CSC)	47.6%	45.8%	Sig.	0.599
	Total	100.0%	100.0%		

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

7.5 Trayectorias de Exposición Adversidad Social Temprana Desagrada según Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes

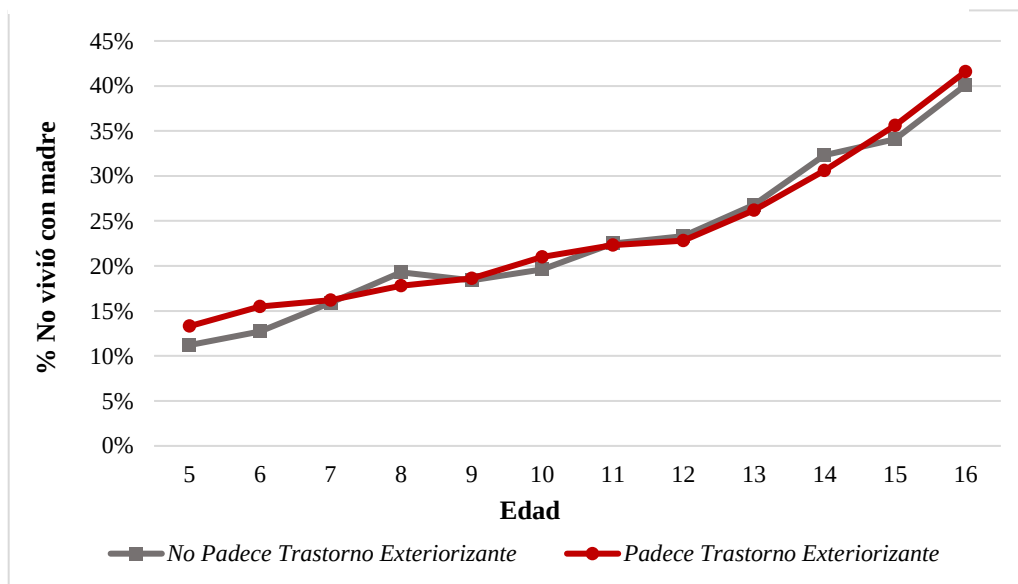
Con los gráficos expuestos aquí se busca caracterizar de manera longitudinal las distintas adversidades sociales tempranas a las que se enfrentan los adolescentes y jóvenes infractores a lo largo de su infancia y adolescencia, así en cada año se dispone la proporción de sujetos que experimentaron la experiencia adversa en cuestión según si padece o no trastornos psiquiátricos Interiorizantes y trastornos psiquiátricos Exteriorizantes.

Gráfico 9. No Vivió con Madre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



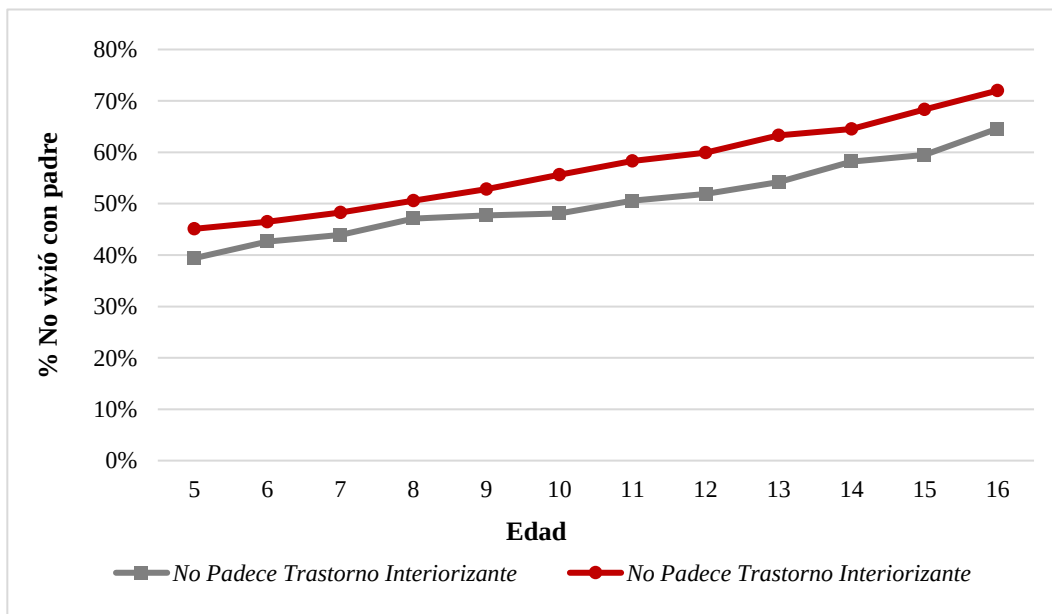
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 10. No vivió con madre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



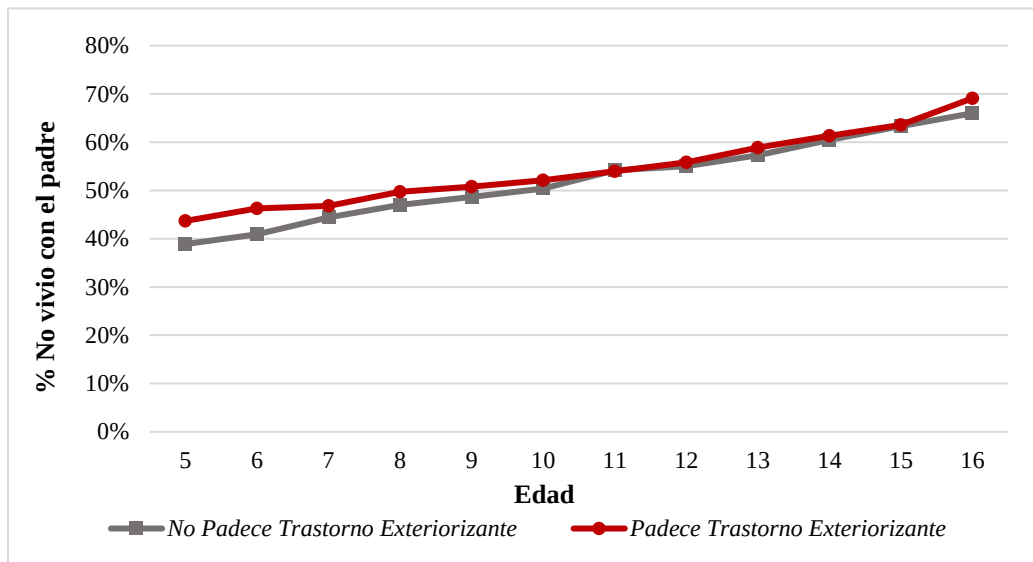
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 11. No vivió con Padre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



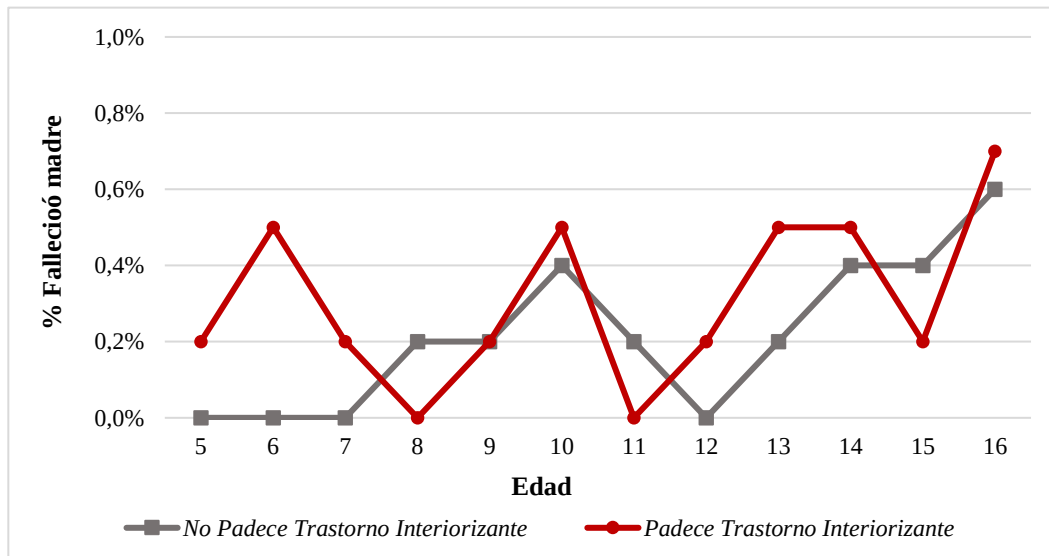
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 12. No vivió con Padre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



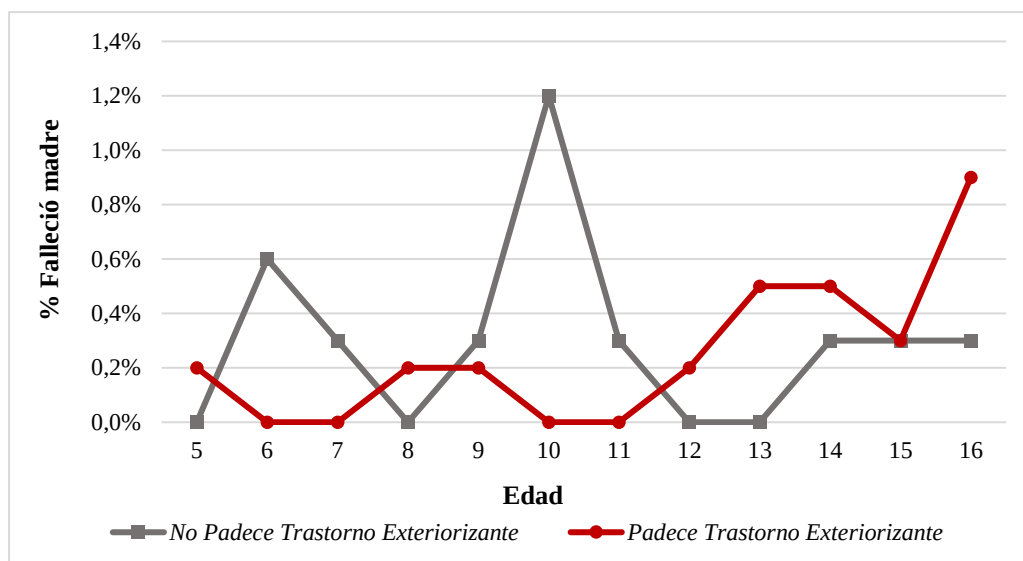
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 13. Fallecimiento de Madre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 14. Fallecimiento de Madre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



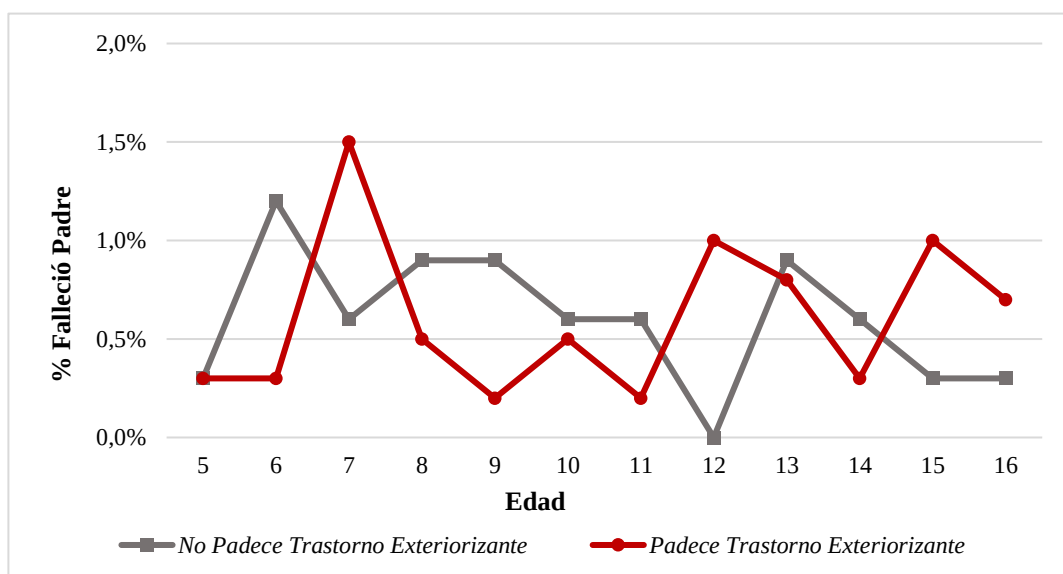
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 15. Fallecimiento de Padre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



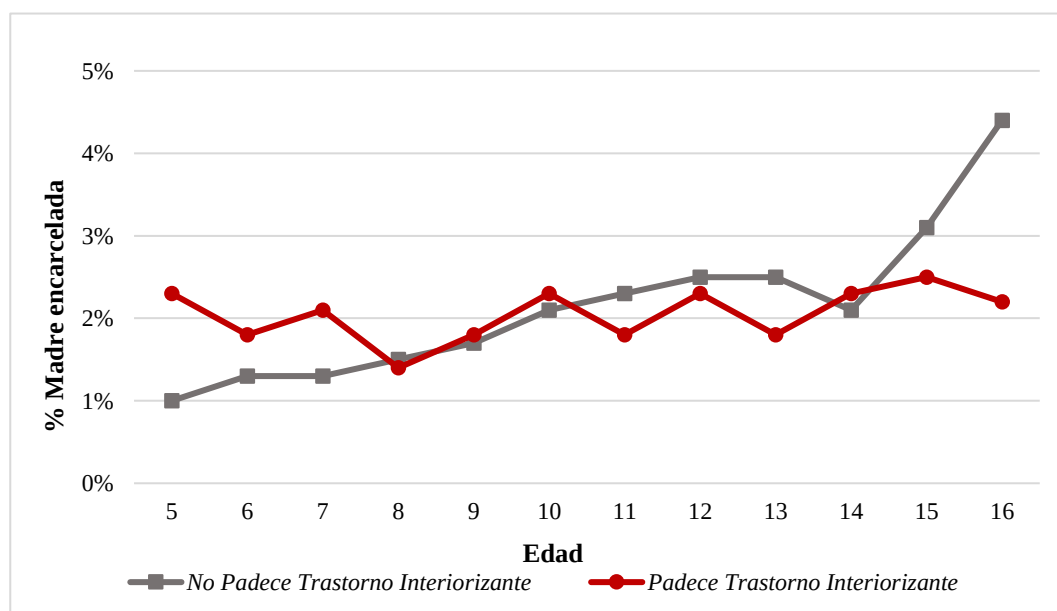
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 16. Fallecimiento de Padre según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



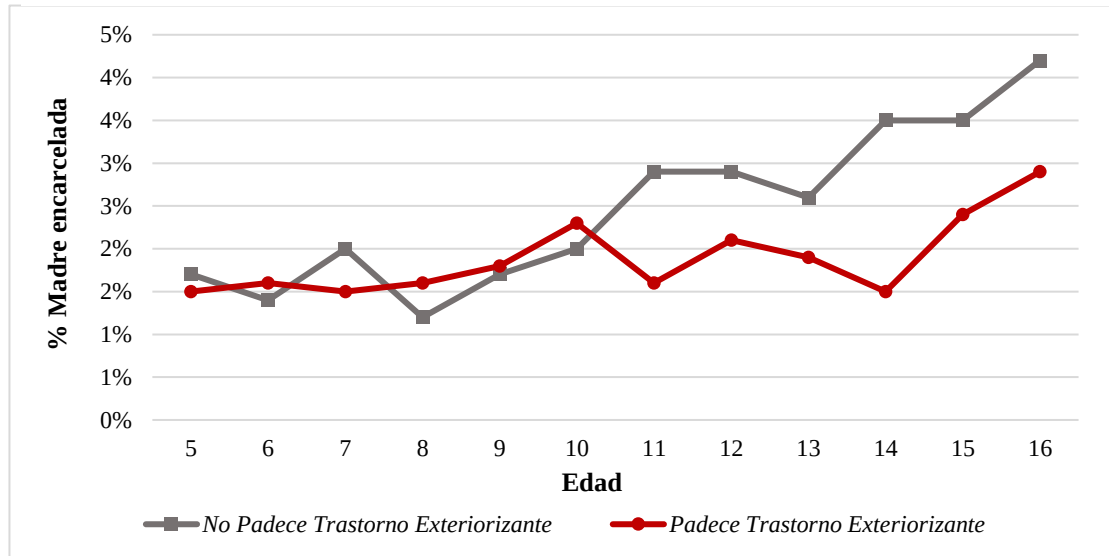
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 17. Madre Encarcelada según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



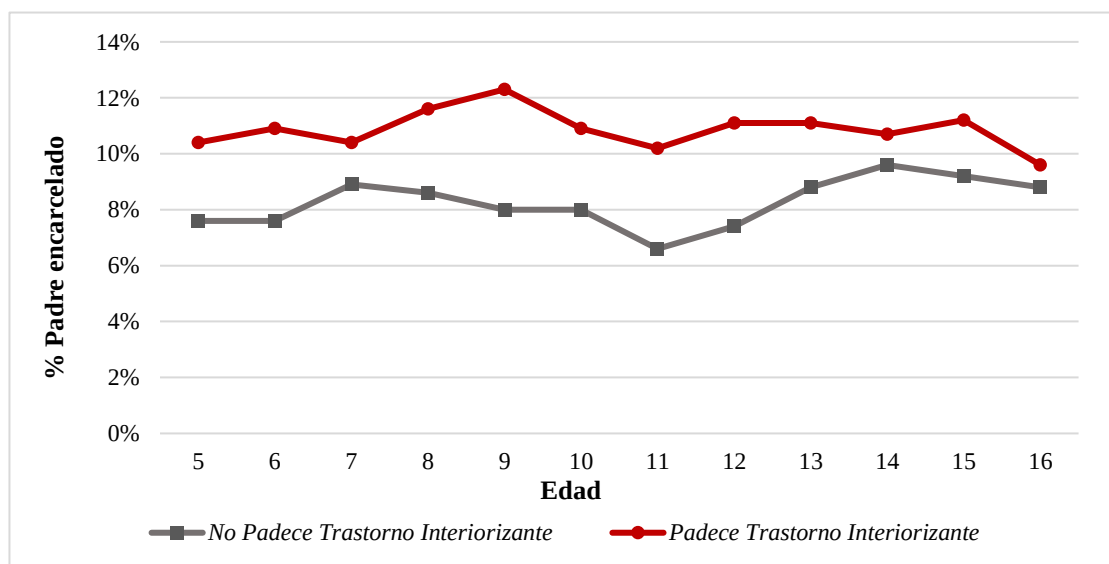
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 18 .Madre Encarcelada según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



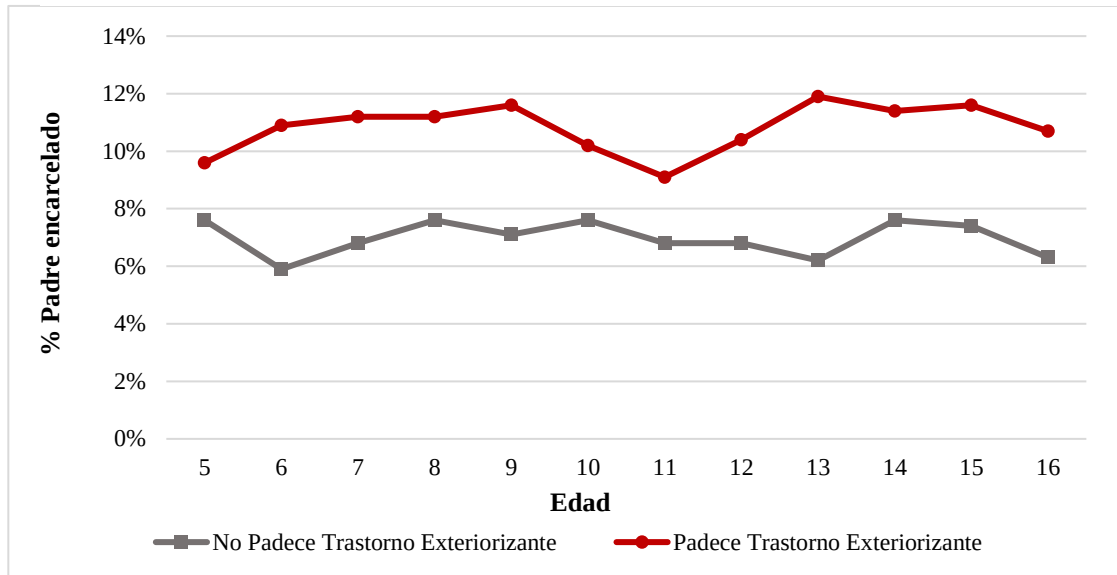
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 19. Padre Encarcelado según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



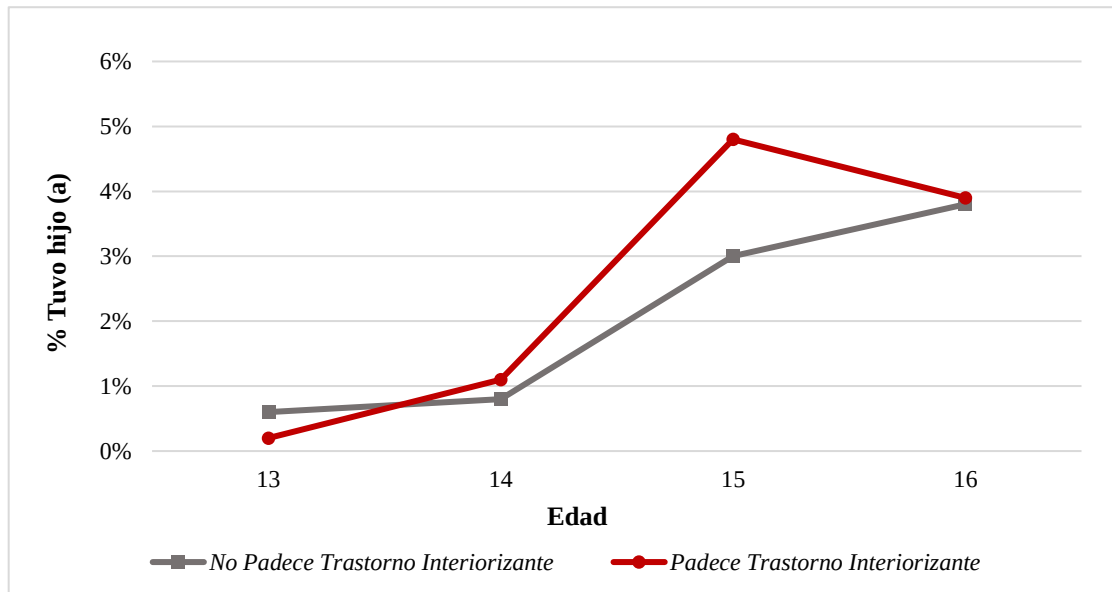
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 20. Padre Encarcelado según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



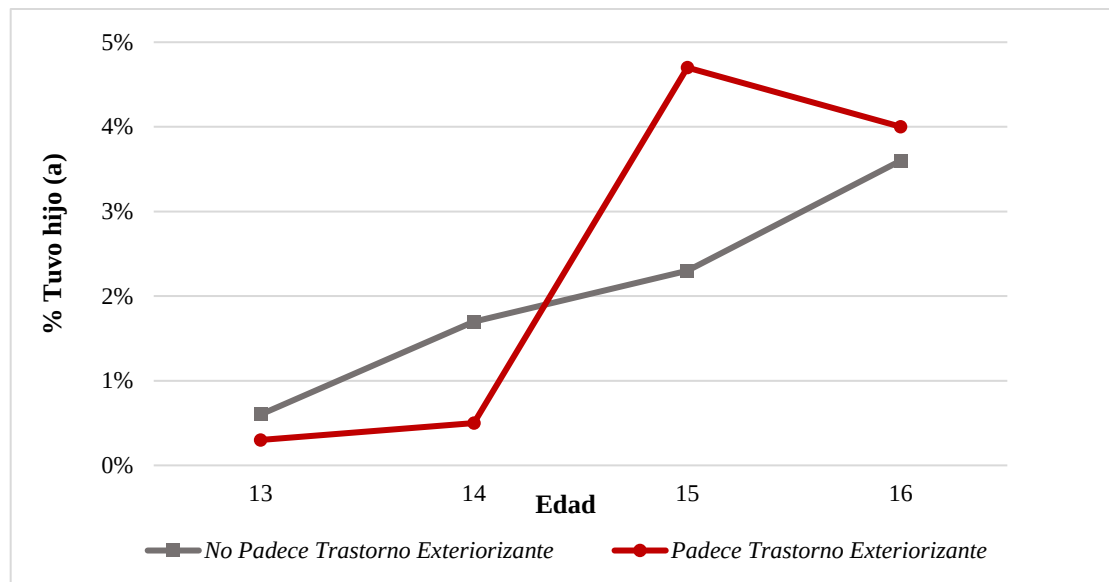
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 21. Parentalidad Adolescente según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



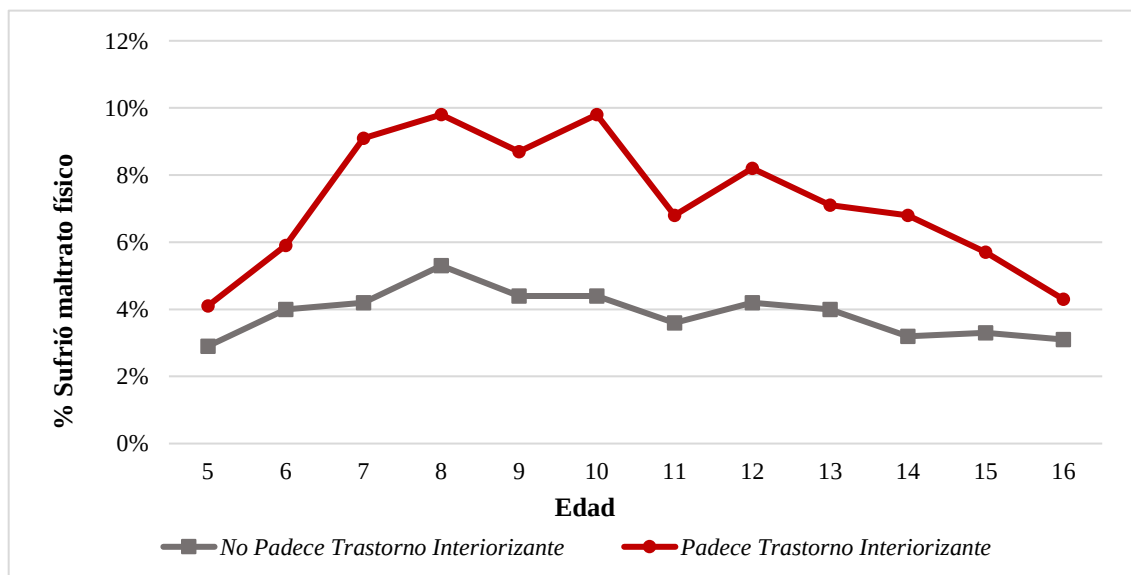
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 22. Parentalidad Adolescente según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



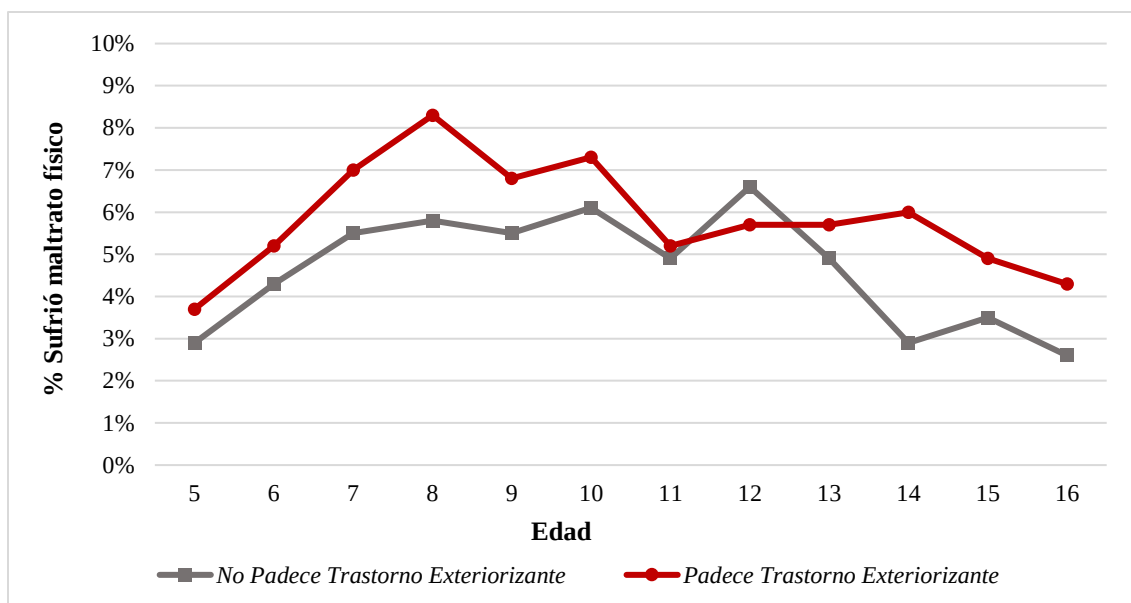
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 23. Sufrimiento de Maltrato Físico según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 24. Sufrimiento de Maltrato Físico según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



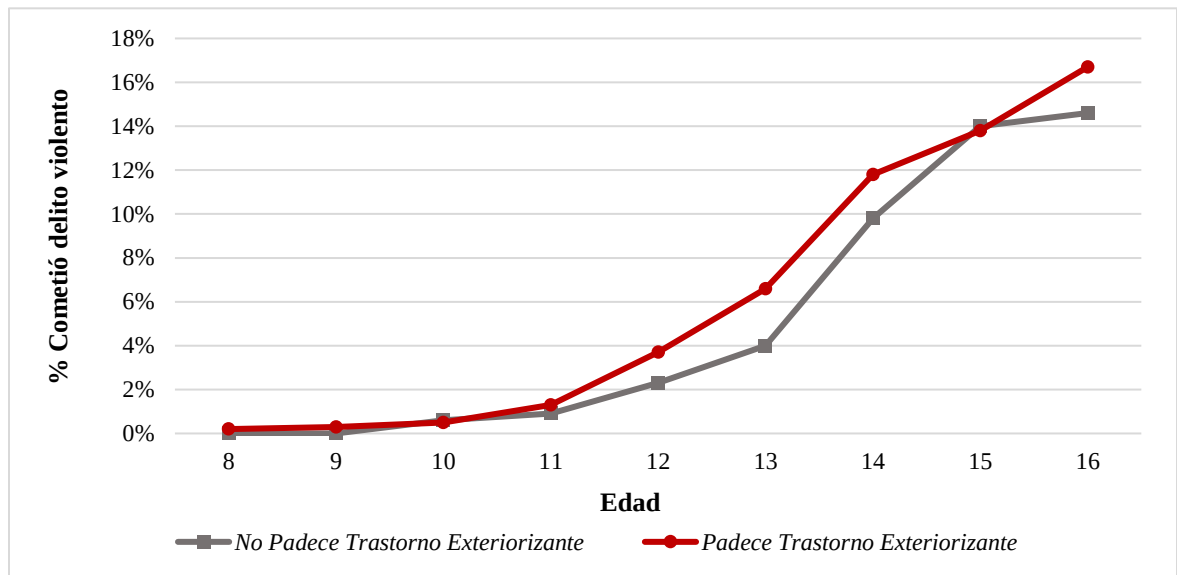
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 25. Comisión de Delito Violento según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



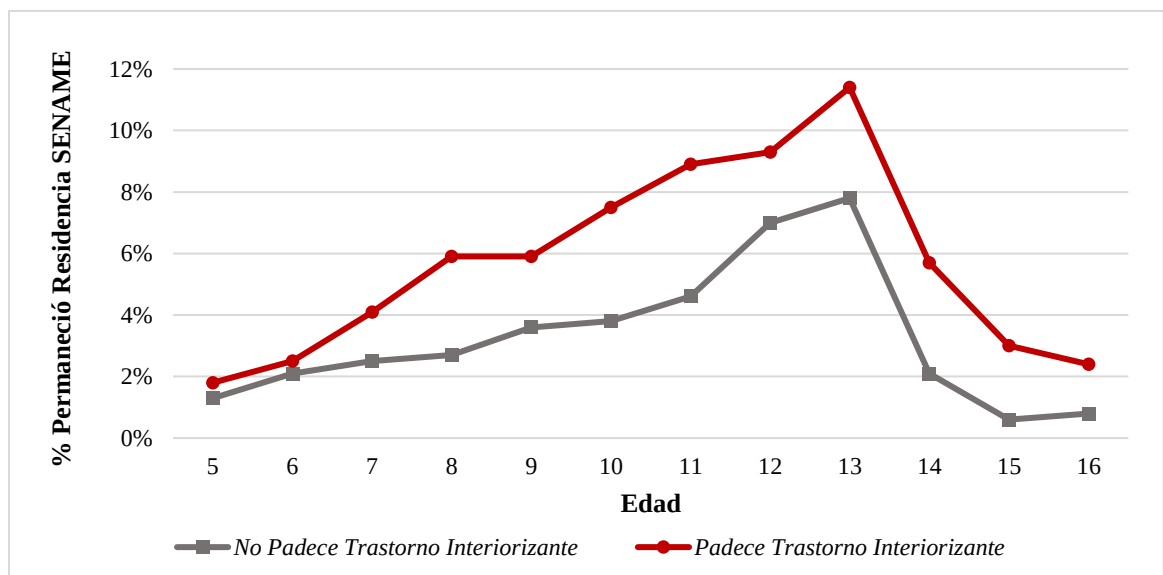
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 26. Comisión de Delito Violento según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



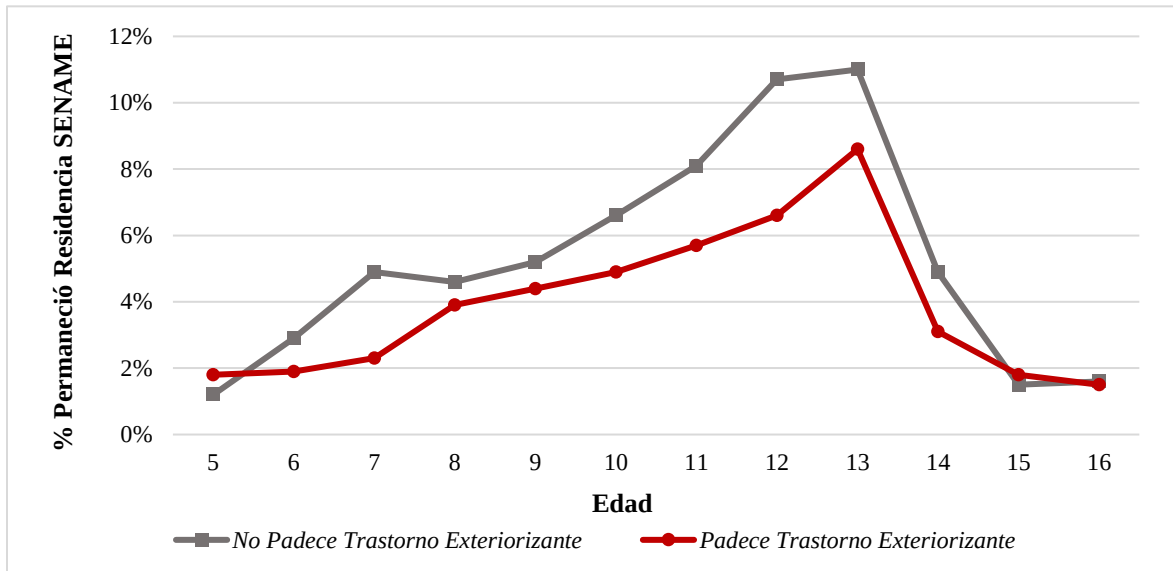
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 27. Permaneció Residencia SENAME según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



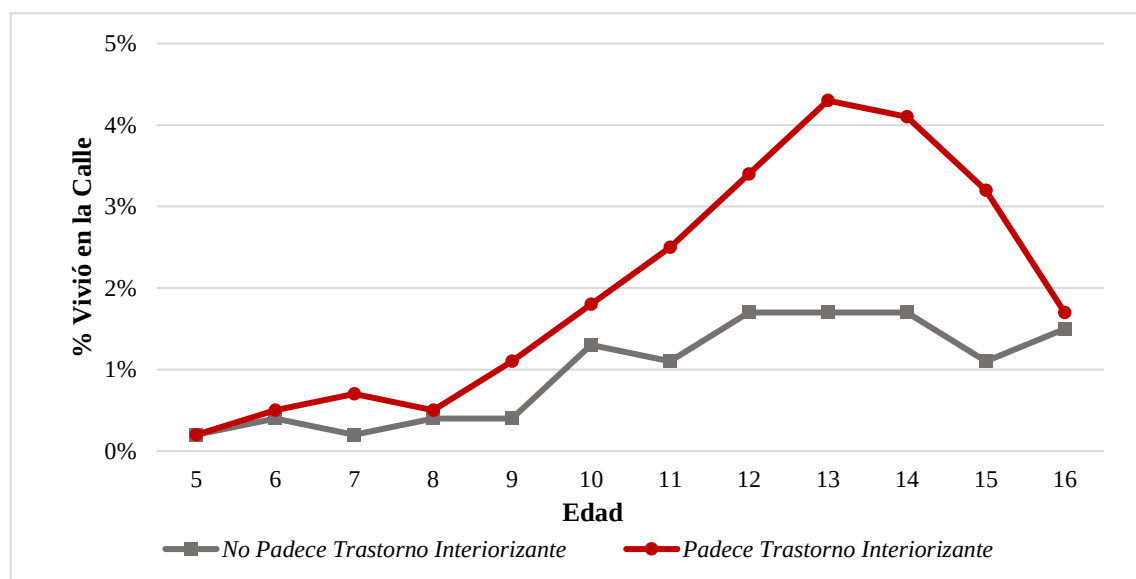
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 28. Permaneció Residencia SENAME según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



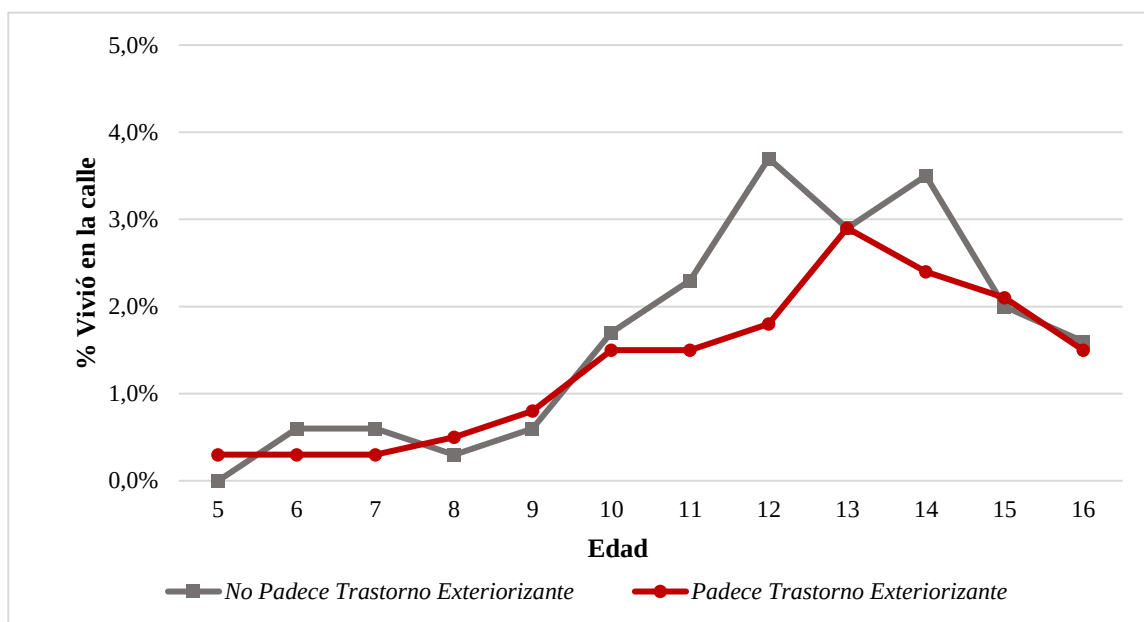
Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 29. Vivió en la Calle según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Interiorizante



Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Gráfico 30. Vivió en la Calle según Padecimiento de Trastorno Psiquiátrico Exteriorizante



Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

7.6 El efecto de la Adversidad Social Temprana sobre el Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes y Exteriorizantes - Modelos de Regresión Logística Binaria no Controlados

Tabla 25. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: Efecto no controlado de la adversidad social diferenciada

Variable Explicativa	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Sufrió ACE	1.791** (0.411)			
Sufrió ACE privativa		1.539** (0.282)		
Sufrió ACE dañina			1.378** (0.183)	
Sufrió ACE compleja				1.552*** (0.228)
Constante	0.492***	0.579*** (0.0981)	0.738*** (0.0611)	0.743*** (0.0563)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-661.59	-662.1326	-662.0535	-660.4671
Grados de libertad	2	2	2	2
Pseudo R ²	0.0051	0.0043	0.0044	0.0068
AIC	1327.184	1328.265	1328.107	1324.934
BIC	1336.929	1338.01	1337.851	1334.678

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Tabla 26. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: Efecto no controlado de la adversidad social diferenciada

Variable Explicativa	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Sufrió ACE	1.010 (0.228)			
Sufrió ACE privativa		1.147 (0.210)		
Sufrió ACE dañina			1.137 (0.158)	
Sufrió ACE compleja				0.985 (0.150)
Constante	1.765*** (0.379)	1.586*** (0.266)	1.697*** (0.144)	1.788*** (0.140)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-630.317	-630.0376	-629.8907	-630.3129
Grados de libertad	2	2	2	2
Pseudo R ²	0.0000	0.0004	0.0007	0.0000
AIC	1264.634	1264.075	1263.781	1264.626
BIC	1274.378	1273.819	1273.526	1274.37

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Tabla 27. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: Efecto no controlado de la exposición a adversidad social en periodos sensibles

Variable Explicativa	Modelo 3.1	Modelo 3.2	Modelo 3.3	Modelo 3.4
Sufrió ACE en la infancia	1.443** (0.231)			
Sufrió ACE en la adolescencia	1.354 (0.313)			
Sufrió ACE privativa en la infancia		1.419** (0.239)		
Sufrió ACE privativa en la adolescencia		1.123 (0.228)		
Sufrió ACE dañina en infancia			1.867*** (0.375)	
Sufrió ACE dañina en adolescencia			1.128 (0.161)	
Sufrió ACE compleja en la infancia				1.577** (0.316)
Sufrió ACE compleja en la adolescencia				1.318 (0.232)
Constante	0.493*** (0.0970)	0.601*** (0.0913)	0.738*** (0.0598)	0.741*** (0.0550)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-658.8	-660.5	-658.5	-659
Grados de libertad	3	3	3	3
Pseudo R ²	0.00924	0.00673	0.00965	0.00900
AIC	1323.633	1326.964	1323.09	1323.954
BIC	1338.249	1341.58	1337.706	1338.57

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Tabla 28. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: Efecto no controlado de la exposición a adversidad social en periodos sensibles

Variable Explicativa	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Sufrió ACE en la infancia	1.317* (0.214)			
Sufrió ACE en la adolescencia	0.704 (0.165)			
Sufrió ACE privativa en la infancia		1.158 (0.199)		
Sufrió ACE privativa en la adolescencia		1.007 (0.207)		
Sufrió ACE dañina en infancia			1.253 (0.264)	
Sufrió ACE dañina en adolescencia			1.009 (0.149)	
Sufrió ACE compleja en la infancia				0.997 (0.206)
Sufrió ACE compleja en la adolescencia				0.868 (0.157)
Constante	2.005*** (0.398)	1.608*** (0.244)	1.725*** (0.144)	1.833*** (0.141)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-628.5	-629.8	-629.7	-630
Grados de libertad	3	3	3	3
Pseudo R ²	0.00283	0.000896	0.00102	0.000571
AIC	1263.074	1265.507	1265.346	1265.916
BIC	1277.691	1280.123	1279.962	1280.533

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Tabla 29. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: Efecto no controlado de la co-exposición a adversidad social temprana

Variable Explicativa	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Riesgo Acumulado ACE	1.202*** (0.0464)			
Riesgo Acumulado ACE privativa		1.207*** (0.0644)		
<i>Ref: No sufre ACE dañina</i>			1.224	
Sufre 1 ACE dañina			(0.175)	
Sufre 2 ACE dañina			2.197*** (0.550)	
<i>Ref: No sufre ACE compleja</i>				1.388**
Sufre 1 ACE compleja				(0.223)
Sufre 2 ACE compleja				2.356*** (0.684)
Constante	0.511*** (0.0625)	0.585*** (0.0704)	0.738*** (0.0611)	0.743*** (0.0563)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-653.3	-658.6	-659.5	-659
Grados de libertad	2	2	3	3
Pseudo R ²	0.0176	0.00953	0.00817	0.00895
AIC	1310.535	1321.243	1325.059	1324.022
BIC	1320.279	1330.987	1339.676	1338.639

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Tabla 30. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: Efecto no controlado de la co-exposición a adversidad social temprana

Variable Explicativa	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Riesgo Acumulado ACE	1.018 (0.0398)			
Riesgo Acumulado ACE privativa		1.021 (0.0557)		
<i>Ref: No sufre ACE dañina</i>			1.137	
Sufre 1 ACE dañina			(0.170)	
Sufre 2 ACE dañina			1.133 (0.290)	
<i>Ref: No sufre ACE compleja</i>				0.986
Sufre 1 ACE compleja				(0.165)
Sufre 2 ACE compleja				0.979 (0.285)
Constante	1.698*** (0.209)	1.714*** (0.209)	1.697*** (0.144)	1.788*** (0.140)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-630.2	-630.2	-629.9	-630.3
Grados de libertad	2	2	3	3
Pseudo R ²	0.000169	0.000111	0.000678	0.0000
AIC	1264.423	1264.496	1265.781	1266.625
BIC	1274.168	1274.241	1280.398	1281.242

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Tabla 31. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Interiorizantes: Efecto no controlado de la trayectoria de exposición a adversidad social temprana

Variable Explicativa	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Trayectoria ACE entre 5 y 16 años	1.006*** (0.00169)			
Trayectoria ACE privativa entre 5 y 16 años		1.005*** (0.00159)		
Trayectoria ACE dañina entre 5 y 16 años			1.014*** (0.00390)	
Trayectoria ACE compleja entre 5 y 16 años				1.018*** (0.00543)
Constante	0.568*** (0.0724)	0.630*** (0.0736)	0.734*** (0.0540)	0.757*** (0.0535)
Observaciones	965	965	965	965
Log Likelihood	-658.6	-660.7	-657.9	-658.7
Grados de libertad	2	2	2	2
Pseudo R ²	0.00958	0.00645	0.0105	0.00942
AIC	1321.18	1325.341	1319.894	1321.393
BIC	1330.924	1335.086	1329.638	1331.137

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Tabla 32. Modelos de Regresión Logística para Padecimiento de Trastornos Psiquiátricos Exteriorizantes: Efecto no controlado de la trayectoria de exposición a adversidad social temprana

Variable Explicativa	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Trayectoria ACE entre 5 y 16 años	1.002 (0.00171)			
Trayectoria ACE privativa entre 5 y 16 años		1.002 (0.00163)		
Trayectoria ACE dañina entre 5 y 16 años			1.006 (0.00404)	
Trayectoria ACE compleja entre 5 y 16 años				0.991* (0.00501)
Constante		1.523*** (0.193)	1.560*** (0.183)	1.689*** (0.128)
Observaciones		965	965	965
Log Likelihood		-629.3	-629.4	-629.2
Grados de libertad		2	2	2
Pseudo R ²		0.00165	0.00147	0.00181
AIC		1262.562	1262.784	1262.359
BIC		1272.306	1272.528	1272.103

Fuente. Elaboración propia a partir de encuesta estudio “Trayectorias delictuales y uso de drogas en infractores adolescentes” (2012) por ISUC y Fundación San Carlos de Maipo. N=965.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.