



Conducta Suicida en Adolescentes Infractores de Ley y con consumo problemático de sustancias.

Claudio Espejo San Cristóbal

Medico Psiquiatra

Noviembre de 2018

Contexto de Suicidio

Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente

- ❑ La expectativa de vida de las y personas se ha duplicado en menos de cien años. Sin embargo, las tasas de suicidio continúan en aumento.
- ❑ Actualmente se considera que el suicida pretende acabar con el sufrimiento y agobio psíquico más que con la propia vida (Martínez, 2008).
- ❑ El suicidio es la tercera causa de muerte entre los 15 y 44 años en muchos países, segunda causa en el grupo de 10 a 24 años.
- ❑ Según las estimaciones de la OMS por cada muerte por suicidio se producen entre 10 y 20 intentos. Otras estadísticas son 1:50

- 
- ❑ A nivel mundial se observa que la tasa de mortalidad por suicidio es cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres.
 - ❑ En Chile, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) señala que el grupo de 12 a 24 años presenta como primera causa de muerte las causas externas como accidentes, suicidios y violencia interpersonal (Minsal, 2013c).
 - ❑ Estas cifras tendrían relación con el considerable aumento en conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años.
 - ❑ Exposición a riesgo como: conductas temerarias, riñas con pares, conducción de automóviles bajo efectos de drogas, participación en asalto, uso de armas

❑ **Enfermedades Psiquiátricas:**

- Único estudio chileno muestra en autopsias psicológicas que el **90% de los casos presentaba un trastorno psiquiátrico** (tras. Animo y abuso de alcohol y drogas). (Gómez, Rev Chil de Neuropsi. 2014).

❑ **Factores de gravedad asociado a trastornos del ánimo:**

- Mayor severidad del cuadro depresivo (Nº de hospitalizaciones previas), presencia de comorbilidad y síntomas psicóticos.

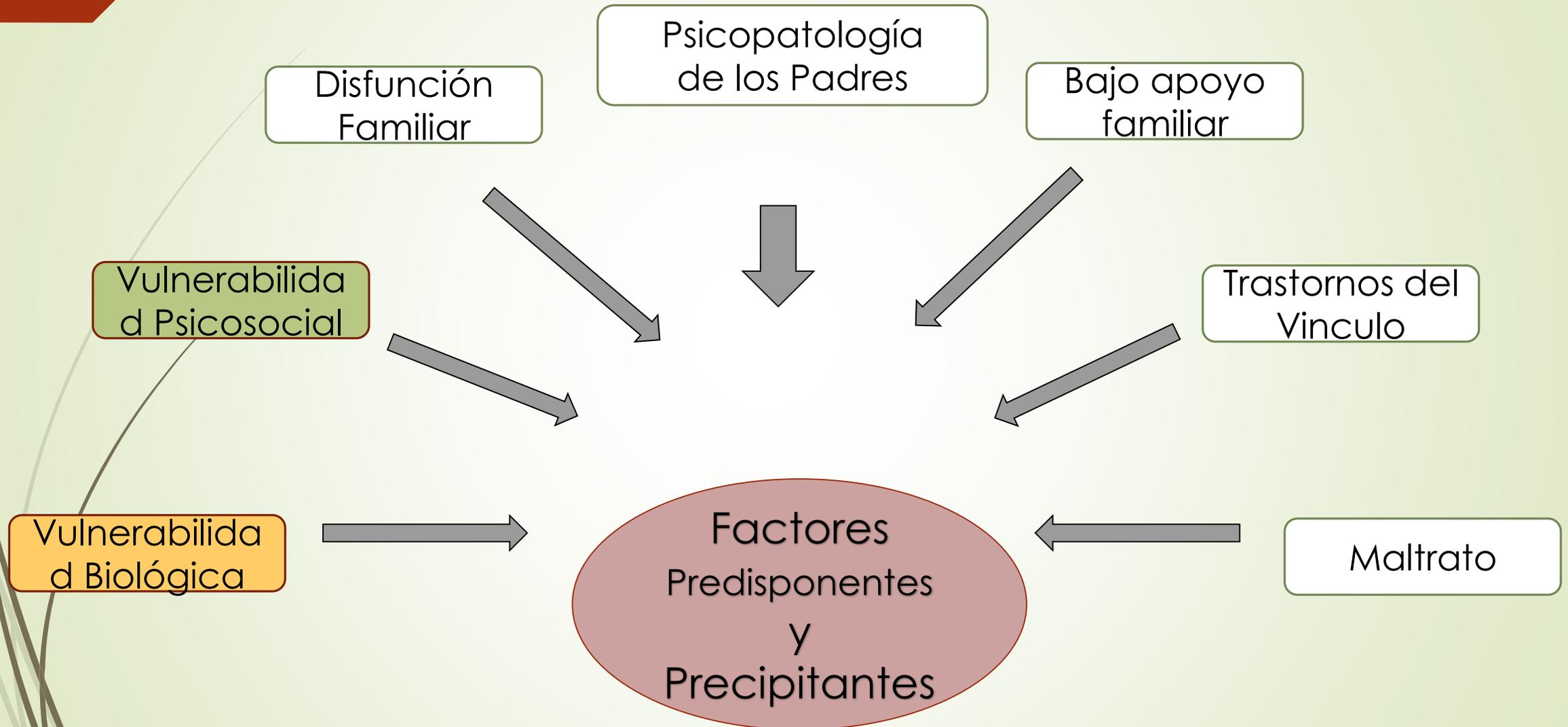
Principales causas de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años, según sexo, Chile 2010

	Causas externas de mortalidad
Mujeres 10 a 19 años	46%
Hombres 10 a 19 años	62%

Distribución porcentual según método utilizado y sexo en adolescentes de 15 a 19 años, Chile 2010

MÉTODO	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Ahorcamiento, estrangulamiento	152	89,9	115	75,7	37	24,3

Factores asociados con conducta suicida o intento de autoagresión en adolescentes



Factores Predisponentes

Trastornos psiquiátricos

Los trastornos más frecuentes son:

- 1) Trastornos depresivos
- 2) Abuso de alcohol y drogas
- 3) Trastornos asociados a conducta agresiva impulsiva

Desarrollo de trastorno limite de personalidad

Consumo alcohol y drogas

Depresión

Orientación Sexual



- ❑ Historia familiar de conducta suicida

- ❑ Psicopatología Parental

- ❑ Disfunción Familiar

- ❑ Abuso físico

Eran 5 veces mas propensos a consultar en servicios de urgencia por conducta suicida.

- ❑ Abuso sexual

Los abusados presentaron 10 a 13 veces mas tasas de suicidio en ese periodo.

- ❑ Historia de intentos previos

Suicidality Disorders Criteria Sheehan y Giddens (2015)



Suicidality Disorders Criteria, Sheehan y Giddens (2015)



Desorden suicidal ligado a cuadro psiquiátrico de base

Trastornos del Ánimo:
Depresión Mayor; T. Bipolar I y II

Trastornos psicóticos

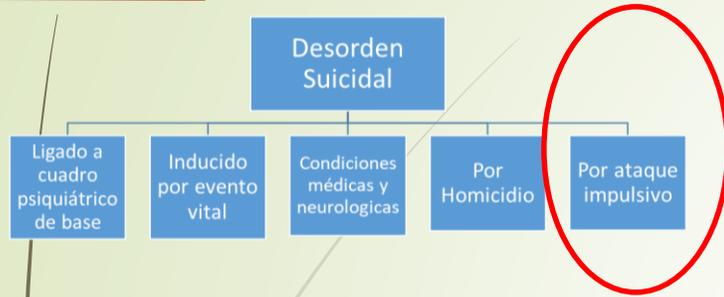
Trastornos inducidos por sustancias

Trastornos del Espectro Obsesivo

Trastornos de Estrés Post Traumático

Trastornos alimentarios y de mala absorción

Suicidality Disorders Criteria, Sheehan y Giddens (2015)



Desorden Suicidal como Ataque Impulsivo





Suicidality Disorders Criteria Sheehan y Giddens (2015)

- Cada uno de los cuadros clínicos descritos puede presentarse como:
 - De inicio reciente
 - Persistente
 - Recurrente: (a) De ciclo rápido y (b) De ciclo lento



Desarrollo Infanto – Adolescente



Asociación entre experiencias adversas en la infancia y psicopatología del adulto

- ❑ Existen fuertes asociaciones entre las experiencias adversas en la infancia tales como el abuso, la negligencia, la exposición a la violencia conyugal, divorcio de los padres y conducta suicida en los padres, psicopatología general de los padres y el desarrollo de patología en el Eje 1 en la adolescencia y luego en la adultez (trastornos del ánimo, ansiedad, trastorno por descontrol de impulsos, uso de sustancias)

Neurobiología de los eventos adversos en la infancia: Eje HPA

- Depresión materna o ausencia de cuidados adecuados determina alteraciones en la expresión del receptor de glucocorticoides a nivel del hipocampo.
- Separación repetitiva de la madre en primates determina una mayor sensibilización del eje HPA con inadecuada liberación de cortisol y aumento de conductas ansiosas en el periodo juvenil.

Neurobiología de los eventos adversos en la infancia: Amígdalas

- En condiciones de deprivación materna o cuidado abusivo/inconsistente, el cuidador no es capaz de regular la reactividad de la amígdala frente al cortisol.
- Esta desregulación se repetirá posteriormente frente al estrés.

Adolescencia periodo sensible del desarrollo

Desarrollo Adolescente



Cambio biológico, psicológico, emocional, social, intelectual.



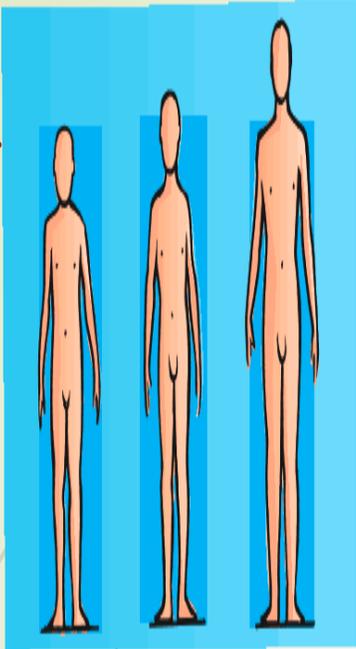
Configuración de la identidad (realista, orientada a lo social).



Incorporación al mundo social.



Persona Adulta.



Sujeto Adolescente

Historia somática

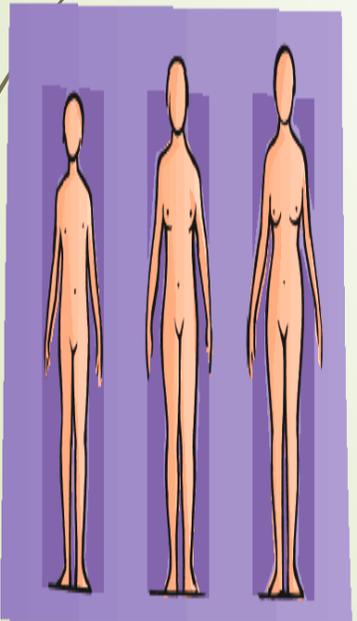
**Cambios en las distintas
esferas somáticas:**

Endocrínicas

Inmunológicas

Metabólicas y Nutricionales

Cambios Neurobiológicos





Adolescencia

- Desarrollo hormonal y cerebral
- Intensidad de procesos psicológicos y vivencias relacionales
- Integración narrativa biográfica



- ... periodo de inestabilidad anímica evolutiva

Neurodesarrollo en la adolescencia

Adolescencia marca un periodo de cambio de la niñez a la adultez

Implica cambios biológicos, psicológicos y sociales complejos

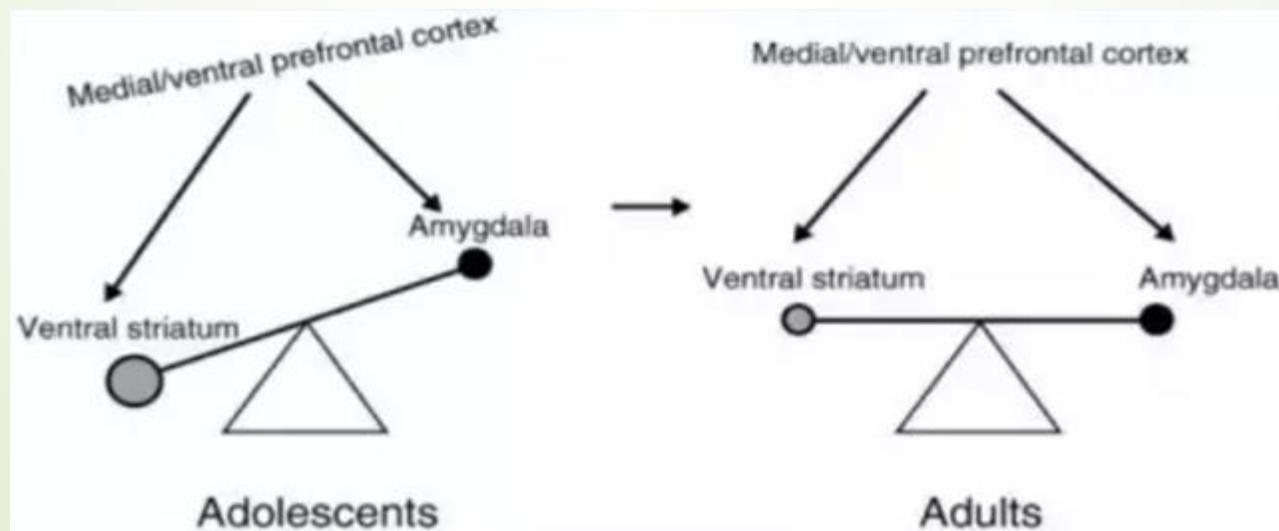
- Interacciones de estos factores multidimensionales tienen una repercusión importante en el desarrollo del adolescente

Cambios sustanciales en la eficiencia y la especialización del cerebro

- Refinamiento sináptico y mielinización

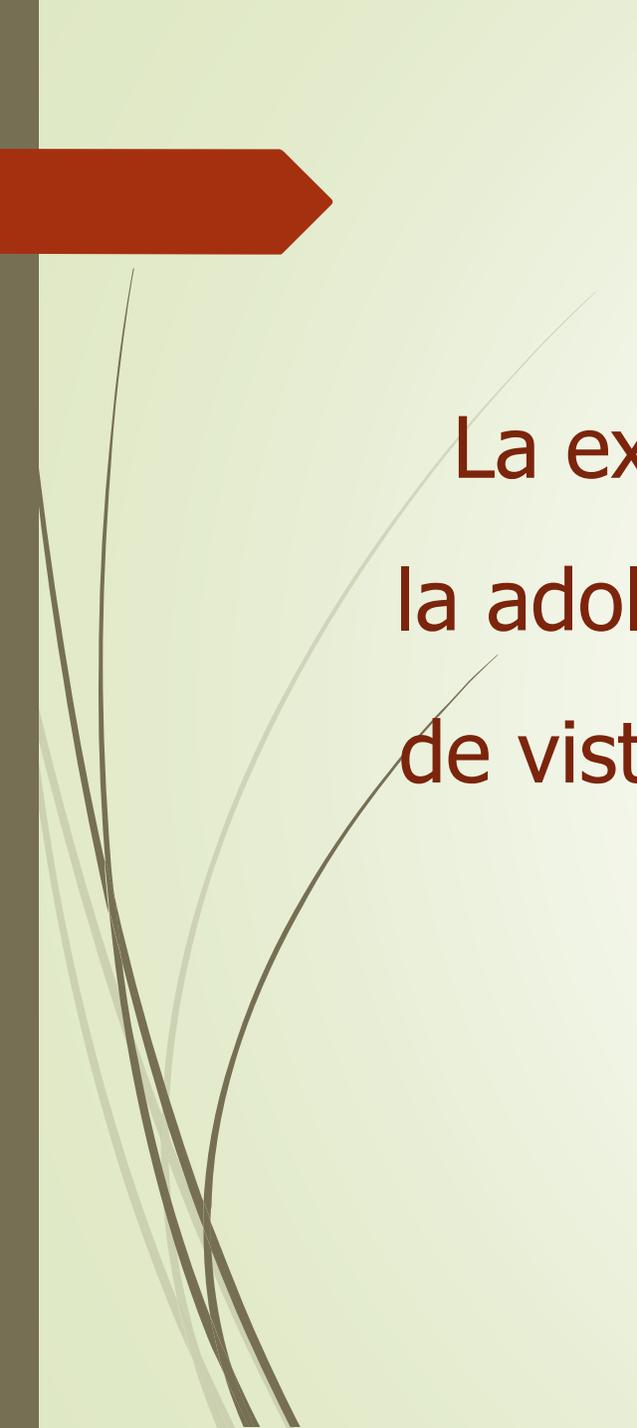
Modelo tríadico de la neurobiología de la conducta motivada en la adolescencia

- ▶ La propensión existente en la adolescencia a la búsqueda de novedad/recompensa puede explicarse por un sistema aproximativo de recompensa fuerte (n. accumbens) y un sistema evitativo del daño débil (amígdala) y/o un sistema regulatorio o de supervisión débil (CPF medial/ventral)





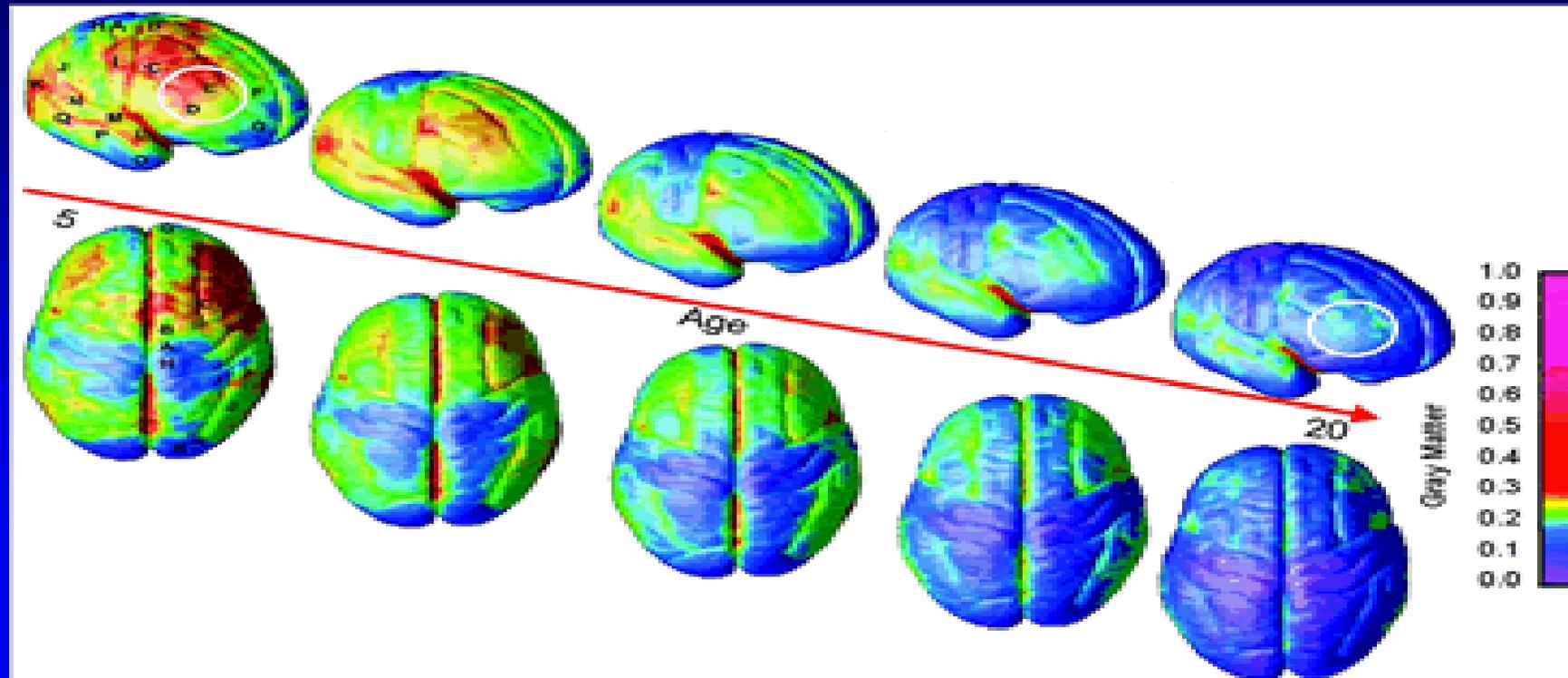
Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)



La exposición a drogas durante la infancia y la adolescencia puede provocar desde el punto de vista neurobiológico importantes efectos en la PLASTICIDAD CEREBRAL

*T.E Robinson, B. Kolb
Neuropharmacology 2004, 47:33-46.*

IRM de niños sanos y adolescentes a través del tiempo



Copyright ©2004 by the Massachusetts Institute of Technology

Gogtay, Giedd, et al. (2004) Proc. Natl. Acad. Sci. USA 101, 8174-8179

La corteza prefrontal (juicio y toma de decisiones), es la última en desarrollarse. Esto puede ayudar a explicar:

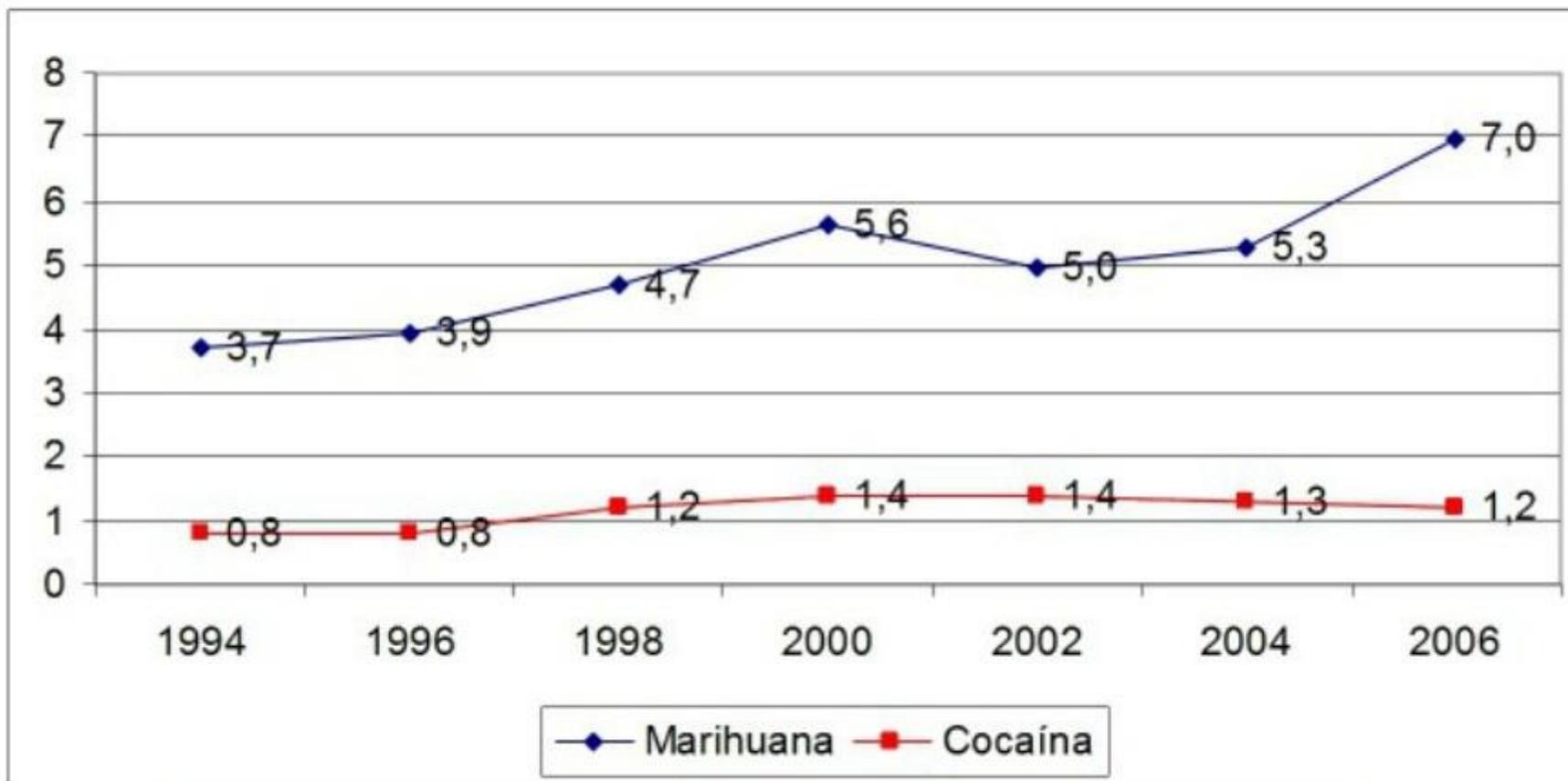
- por qué los adolescentes tienden a tomar riesgos,
- ser particularmente vulnerables al abuso de drogas y
- por qué la exposición a drogas en este periodo crítico, puede afectar la propensión para adicción futura



Tipos de Consumidores

- **No Problemáticos**
 - Ocasionales
 - Experimentales
- **Problemáticos**
 - Abuso y
 - Dependencia

CHILE. :Tendencias en prevalencia anual en población de 12-64 años: Marihuana y Cocaína (Clorhidrato)

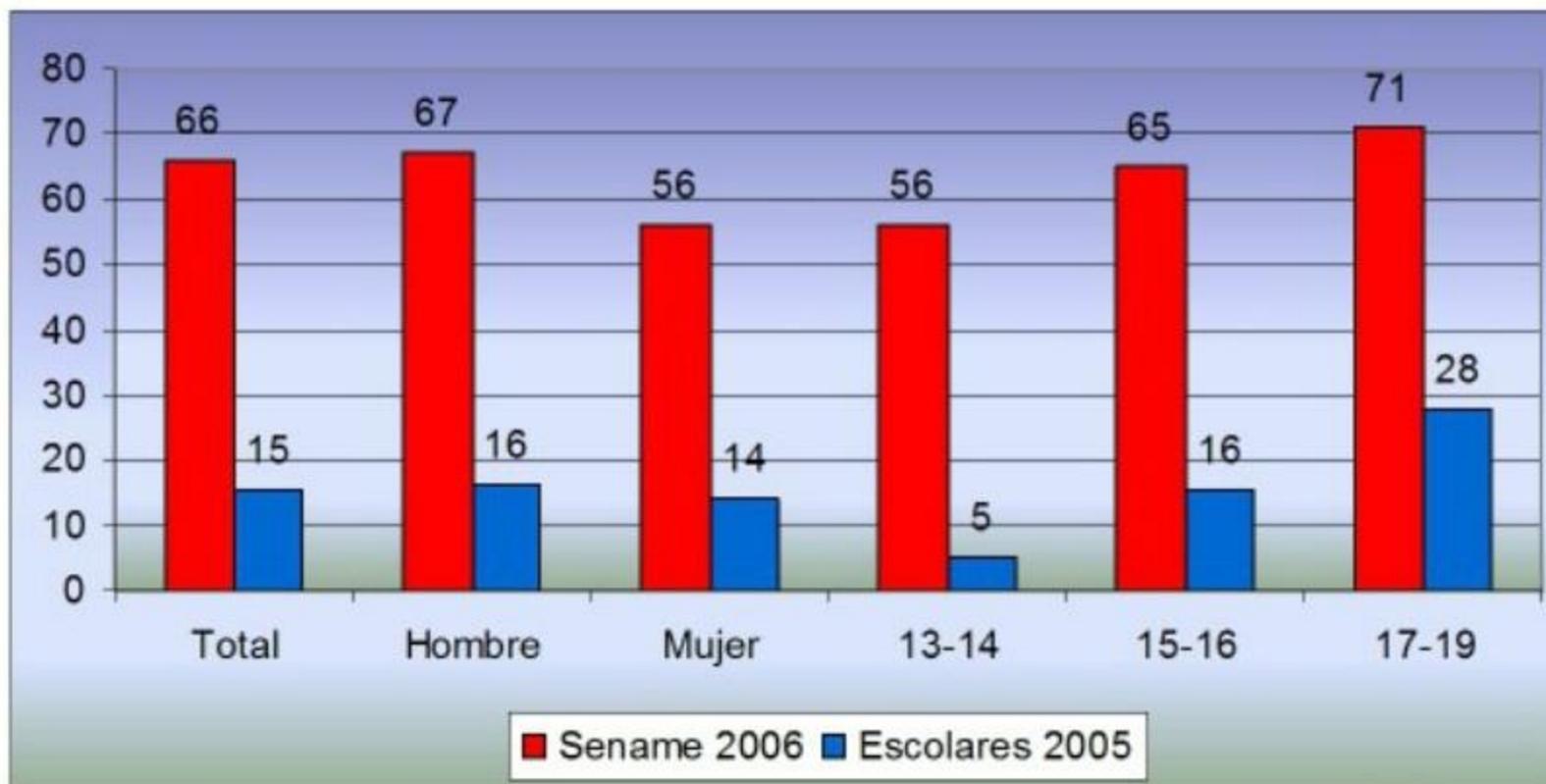


Fuente: CONACE, Estudio en Población General de Chile, 2006

5

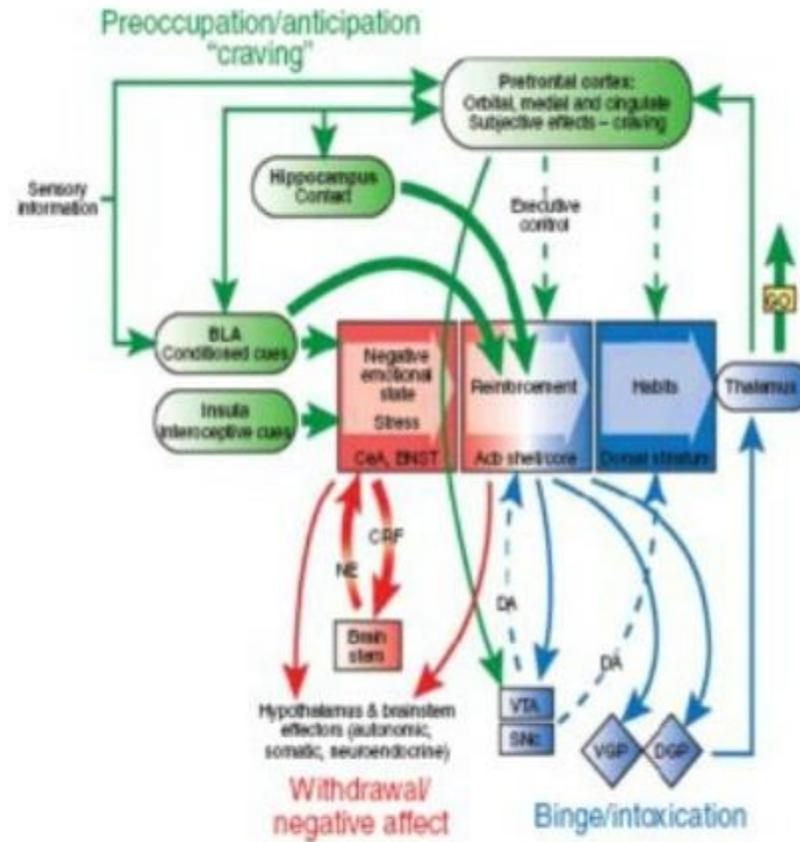
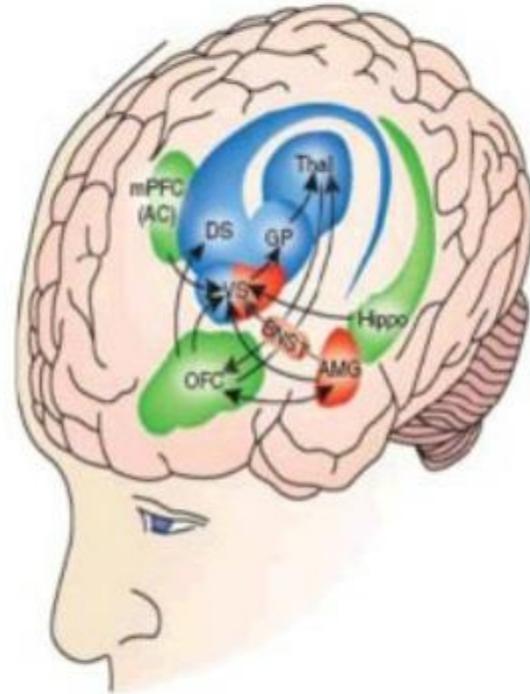
PREVALENCIA DE ÚLTIMO AÑO DE CONSUMO DE MARIHUANA ADOLESCENTES POR SEXO Y GRUPOS ETARIOS

PROGRAMA INFRACTORES DE LEY SENAME 2006
POBLACIÓN ESCOLAR DE CHILE 2005

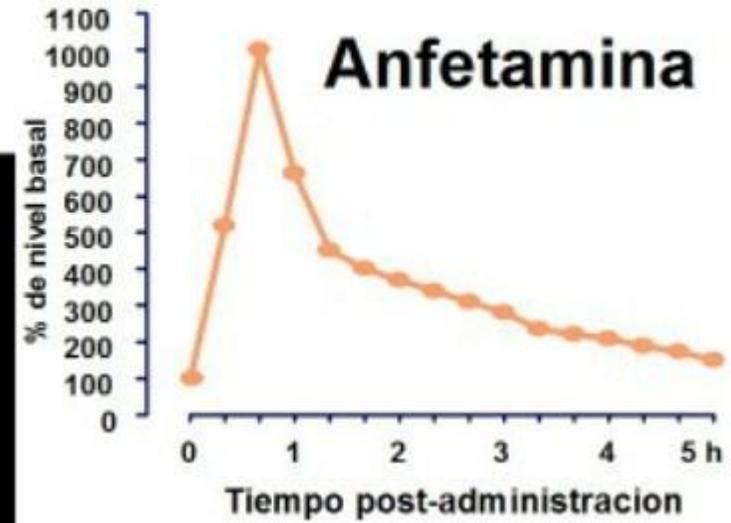
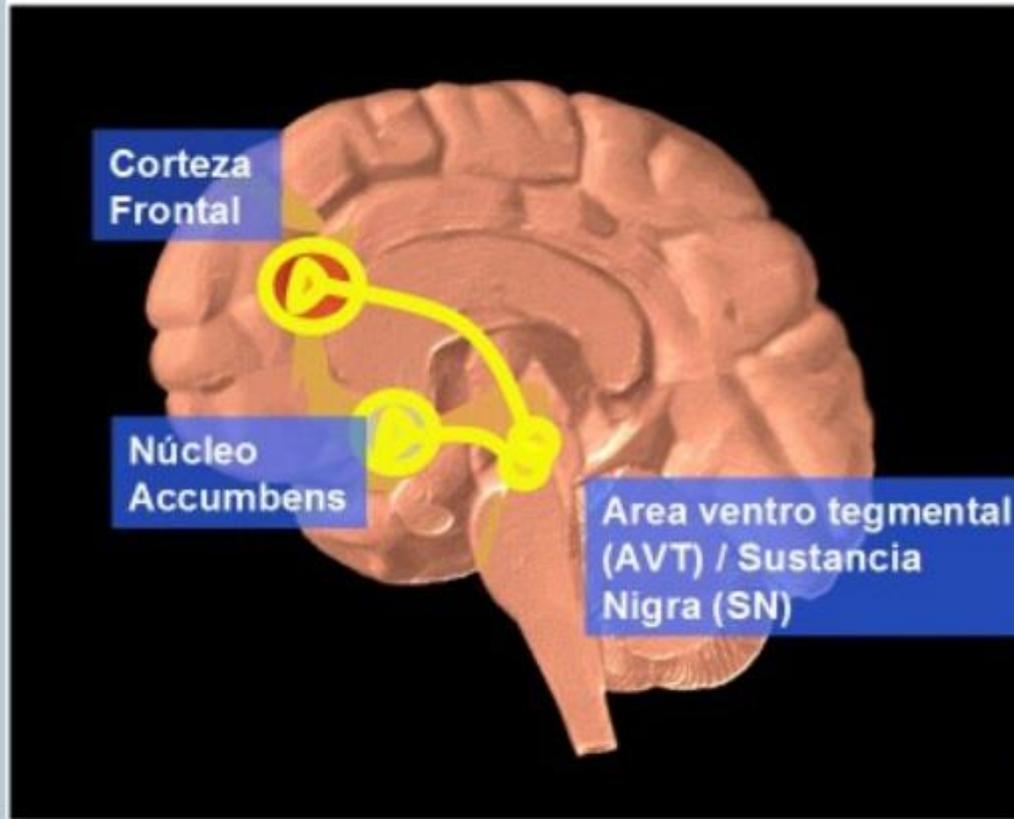


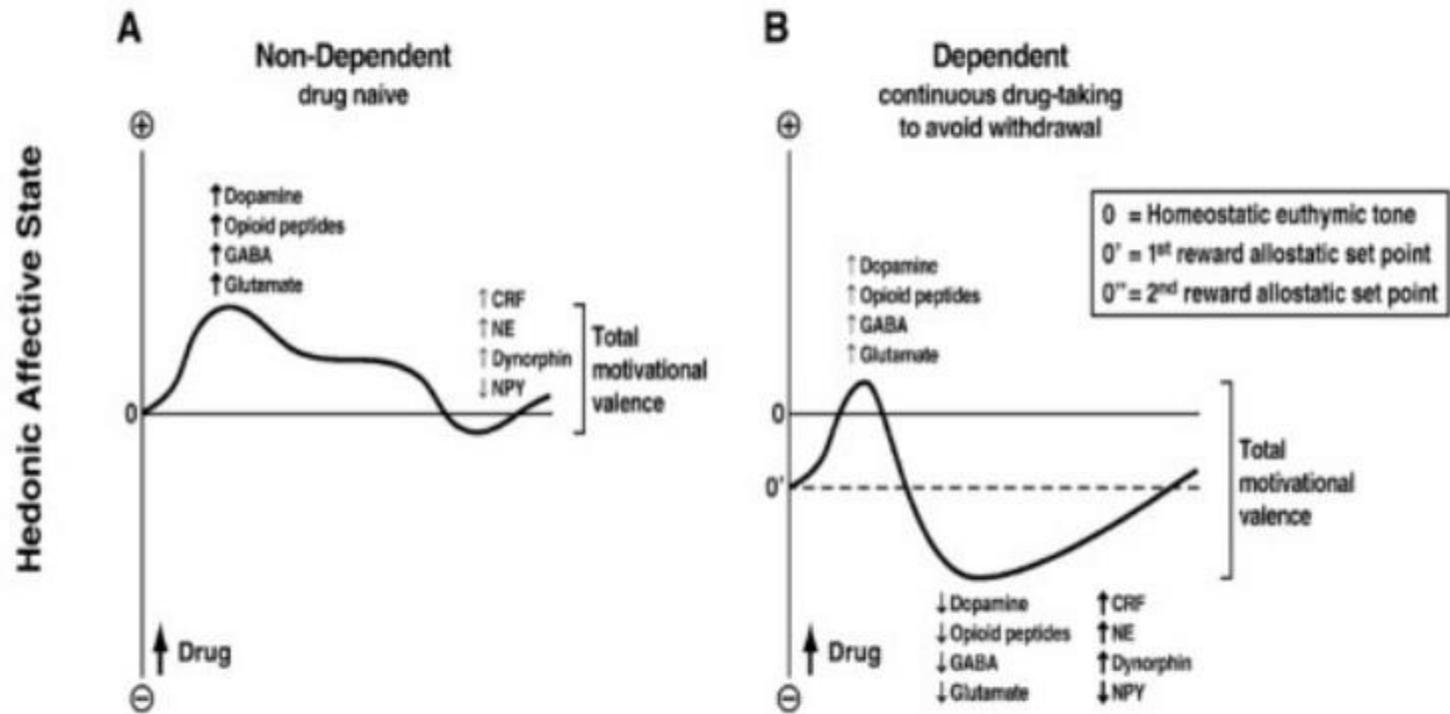
Neurobiología de adicciones y de cambios persistentes.



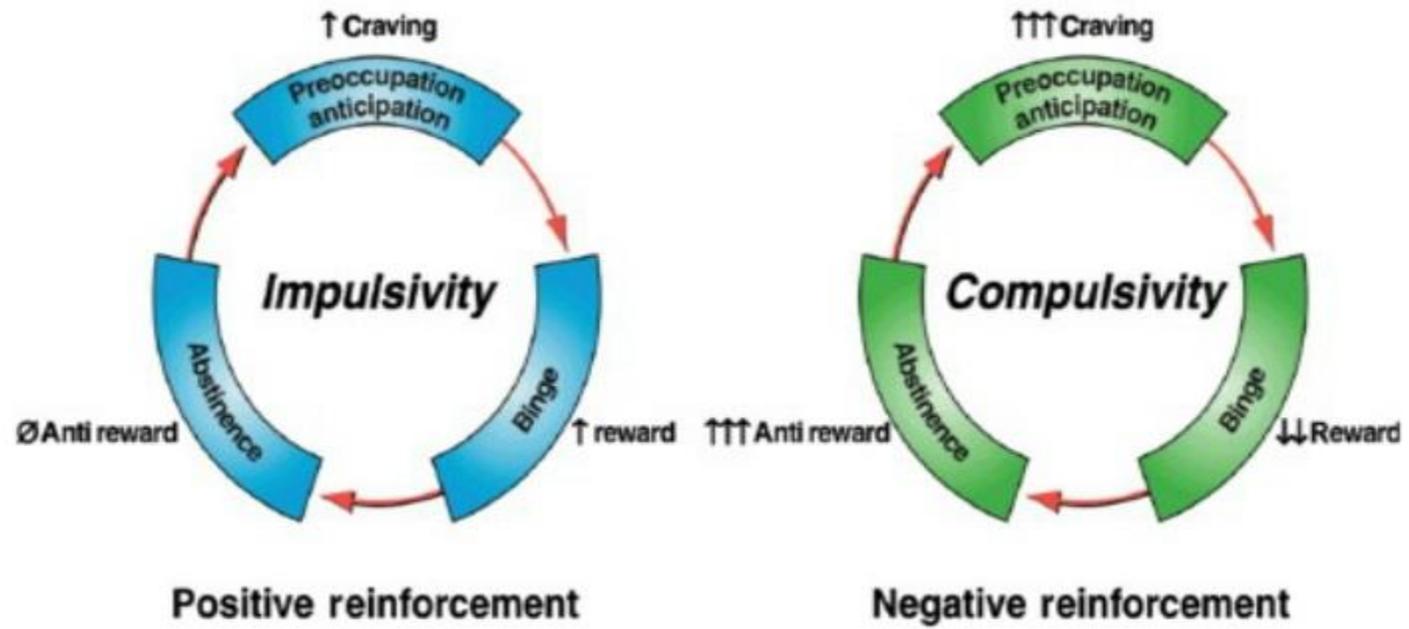


Neurotransmision Dopaminérgica

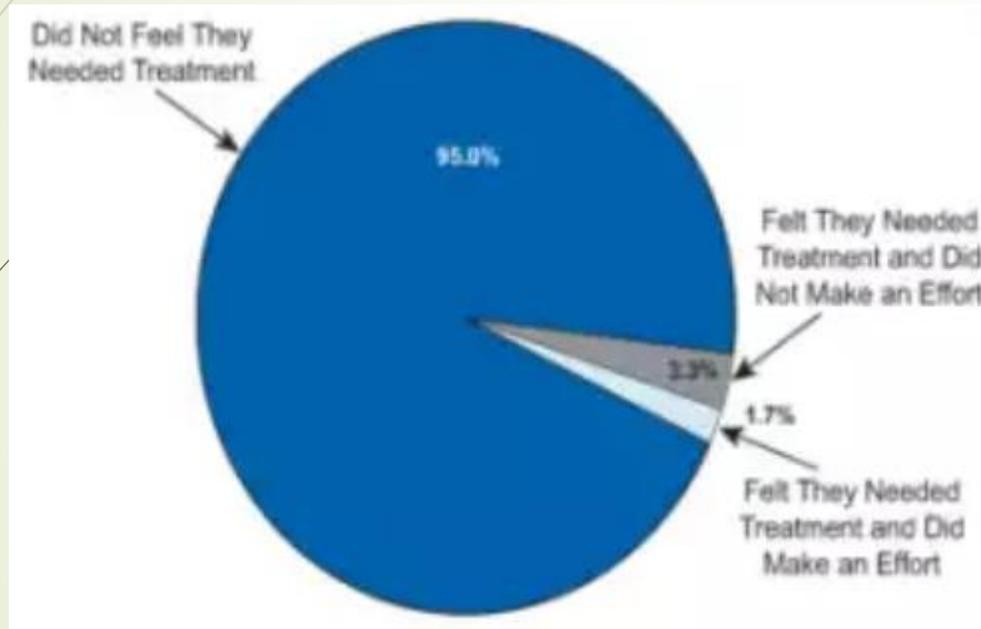




Koob 2008



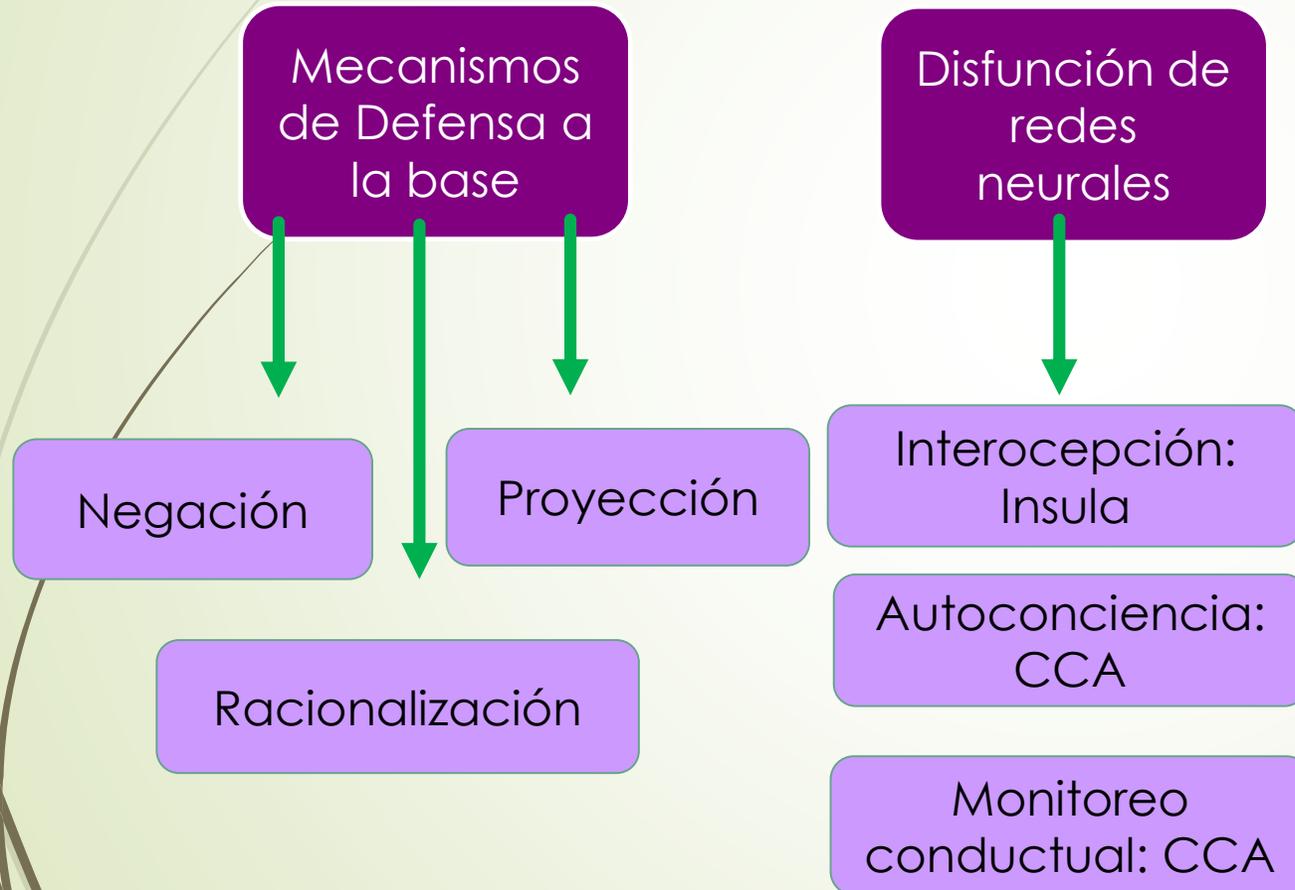
La mayoría de los pacientes con TUS no consultan



- El 95% de sujetos que cumplen criterios de TUS sienten que no necesitan tratamiento.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011.

Neurobiología e Insight



- Ínsula y corteza cingulada anterior participan de la conciencia y procesamiento de señales internas y emociones.

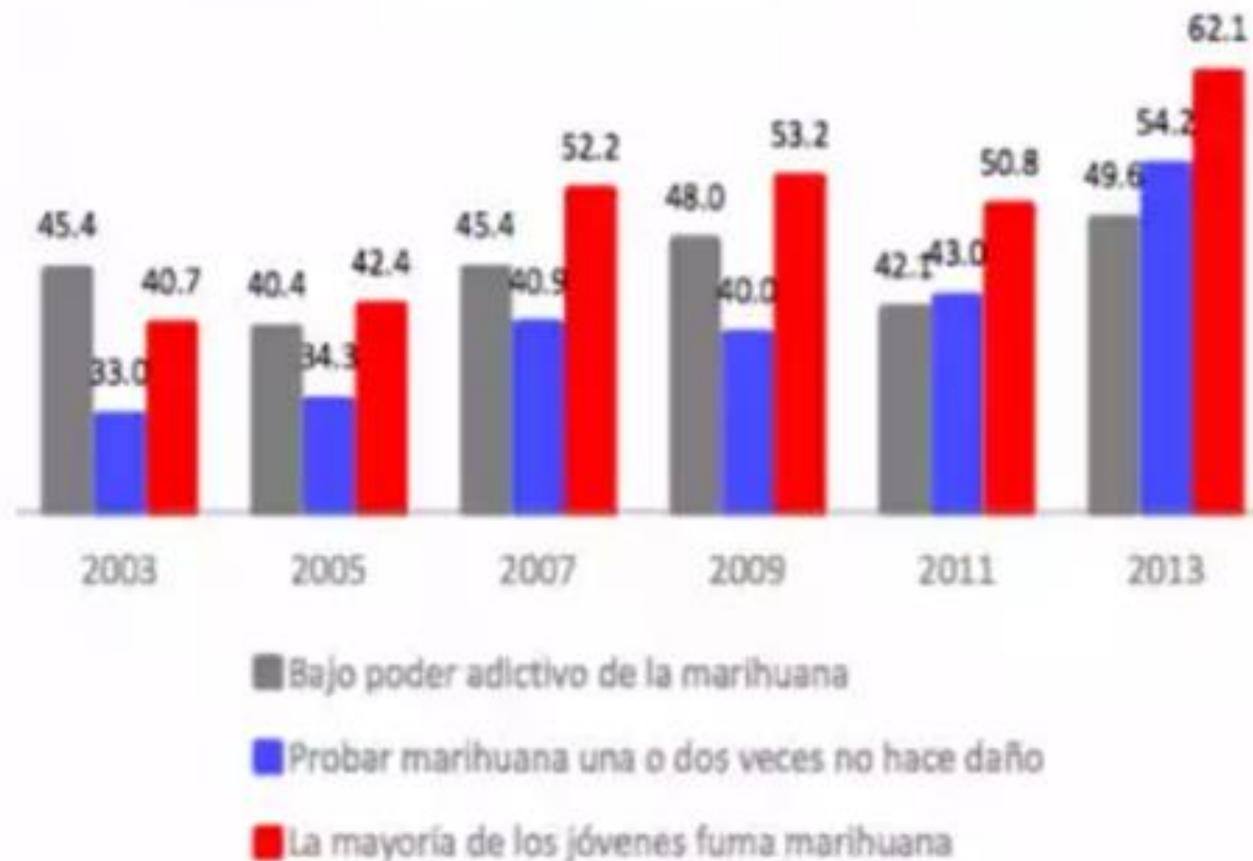
El uso de Alcohol y Drogas en la Adolescencia

- ❑ Es un mecanismo de **evasión y negación** de la realidad.
 - ❑ Tiene que ver con la **aceptación y pertenencia en lo social**.
 - ❑ Expresión de **rebeldía** frente al medio.
 - ❑ **Resolver** angustias y tensiones de motivaciones y frustraciones propias de la edad.
-
- **Gran impacto del Uso de Alcohol y Sustancias en la Identidad Adolescente.**
 - **Puede desarrollar una adicción tempranamente, especialmente entre más temprano es la edad de inicio.**

Consumo de marihuana en la adolescencia

- ❑ Chile presenta el mayor consumo de marihuana en adolescentes de 13 a 17 años de Latinoamérica.
- ❑ 30,6 de los escolares entre 8° básico y 4° medio consume marihuana. Simultáneamente con el aumento del consumo existe una disminución de la percepción de riesgo por consumir marihuana (más de 25 puntos porcentuales)

Gráfico 13: Evolución de las principales actitudes respecto de la marihuana. Chile, 2003-2013



Impacto del consumo de marihuana en el neurodesarrollo

- ❑ El consumo de sustancias en la adolescencia se ha asociado con alteraciones en la estructura del cerebro, la función y la neurocognición.
- ❑ En nuestro medio la doctora Neubauer por estudios de Neurospect (2012) , en adolescentes de ambientes socioeconómicos altos, comparó adolescentes sin consumo con adolescentes de consumo "frecuente "(1 pito por semana último año)
- ❑ Se comprobó que tenían menor rendimiento en muchas pruebas cognitivas :memoria , capacidad de organización, alteración de atención y concentración etc
- ❑ En el spect aparece menos perfusión en múltiples áreas , pero especialmente en áreas frontales y temporales relacionándose con el síndrome amotivacional.
- ❑ El uso de la marihuana durante la adolescencia puede resultar en una disminución en el funcionamiento cognitivo, en particular de aprendizaje y las puntuaciones de secuenciación

En adolescentes con consumo problemático de sustancias: Importante asociación a co-morbilidades

- Cuadros TDAH
- Trastorno de expresión conductual
 - Trastorno Oposicionista desafiante
 - Trastorno de conducta disocial
 - Trastorno de la Personalidad antisocial y límite
- Trastornos de la personalidad

En adolescentes con consumo problemático de sustancias: Importante asociación a co-morbilidades

- Trastornos emocionales:
 - Trastornos de ansiedad
 - Trastorno Depresivos
 - Trastorno bipolar
- Autoagresiones e intentos de suicidio
- Trastornos por descontrol de impulsos

Bloom, 2005; Dorothy Otnow-lewis 2002, 2004, 2005; Kaplan y Cornell, 2004; De la Peña, 2006.



Trastorno de Conducta
-> Trastorno Disocial

Trastornos Externalizantes

- ❑ El otro gran diagnóstico para esta población es: “Trastorno de Conducta”, este normalmente se inicia tempranamente como Trastorno Oposicionista Desafiante, evolucionando a Trastorno Disocial y luego puede ,en conjunción con otros factores, derivar en un Trastorno de Personalidad estabilizado que puede ser: Narcisista – Antisocial o Límite, esto es emocionalmente inestable.



Definición del Trastorno Disocial

- ❑ Podemos definir el trastorno disocial como un patrón de interacción con el entorno social, que se desarrolla generalmente en la infancia y la adolescencia y que se caracteriza por la comisión reiterada de actos considerados antisociales debido a que ocasionan perjuicios sobre otras personas.
- ❑ Prácticamente el 90% de nuestros consultantes tiene un trastorno disocial.



Vulnerabilidad Psicosocial en los Trastornos de Conducta

a) Vulnerabilidad familiar – social

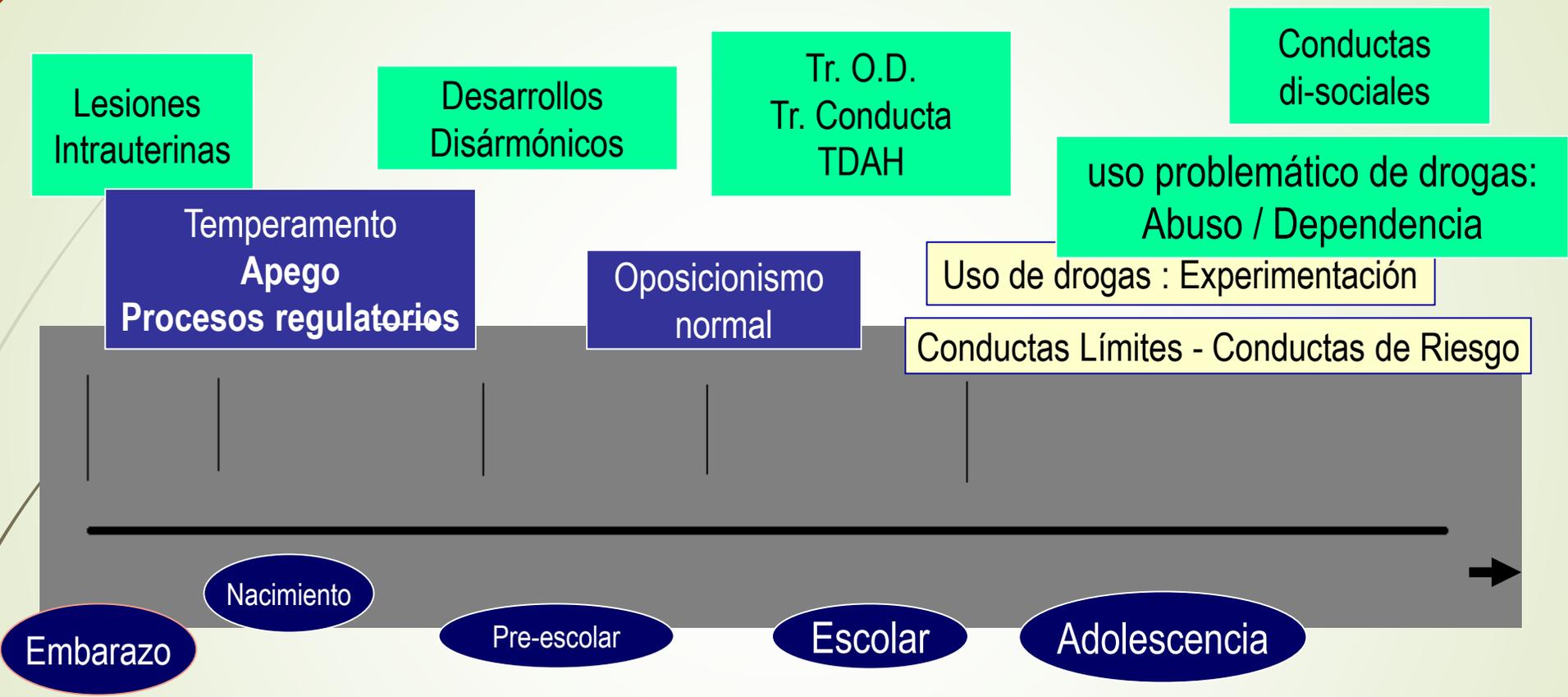
- ✓ Experiencias de abandono
- ✓ Maltrato físico y psicológico frecuente
- ✓ Estilos de crianza con patrones caóticos – desligados – inconsistentes
- ✓ Barrio con validación de conducta violenta y delictiva
- ✓ Exclusión social
- ✓ Impacto sociocultural y económico de la globalización y consumismo

En los adolescentes infractores de ley, se observa, un proceso de desarrollo que ha sido interferido por contextos adversos, caracterizado por historias de carencia y maltrato (rupturas de lazos familiares, abandono, abuso sexual, fracaso o deserción escolar, entornos en los que prima la violencia, el microtráfico de drogas y/o los patrones de conducta delictuales, entre otros.)

Sentidos y significados de la infracción

- ▶ Como parte de la construcción de identidad
- ▶ Sobrevivencia (exclusión y marginalidad social)
- ▶ Pertenencia a grupo de pares y barrial.





Estilos de crianza, maltrato, NSE bajo, estresores psicosociales, VIF, modelos parentales, psicopatología paterna.



Análisis de muestra adolescentes
infractores de ley con uso
problemático de sustancias y
riesgo autoagresivo

Antecedentes de la muestra

- **N= 70 (2013 -2015 – 2017)**
- **U= 400 casos estimados (10 años)**
- **Variable sociodemográfica**
- **Variable Familia**
- **Variables clínicas**
 - **Cuadros clínicos mayor prevalencia**
- **Variable infracción de ley**

Modelo comprensivo evolutivo integral

Modelo Multimodal de Intervención Diferenciada para adolescentes MMIDA

El MMIDA utiliza como marcos referenciales para sustentarse empíricamente en:

Teoría ecológica del desarrollo Humano (Bronfenbrenner, 1987 y 1994)

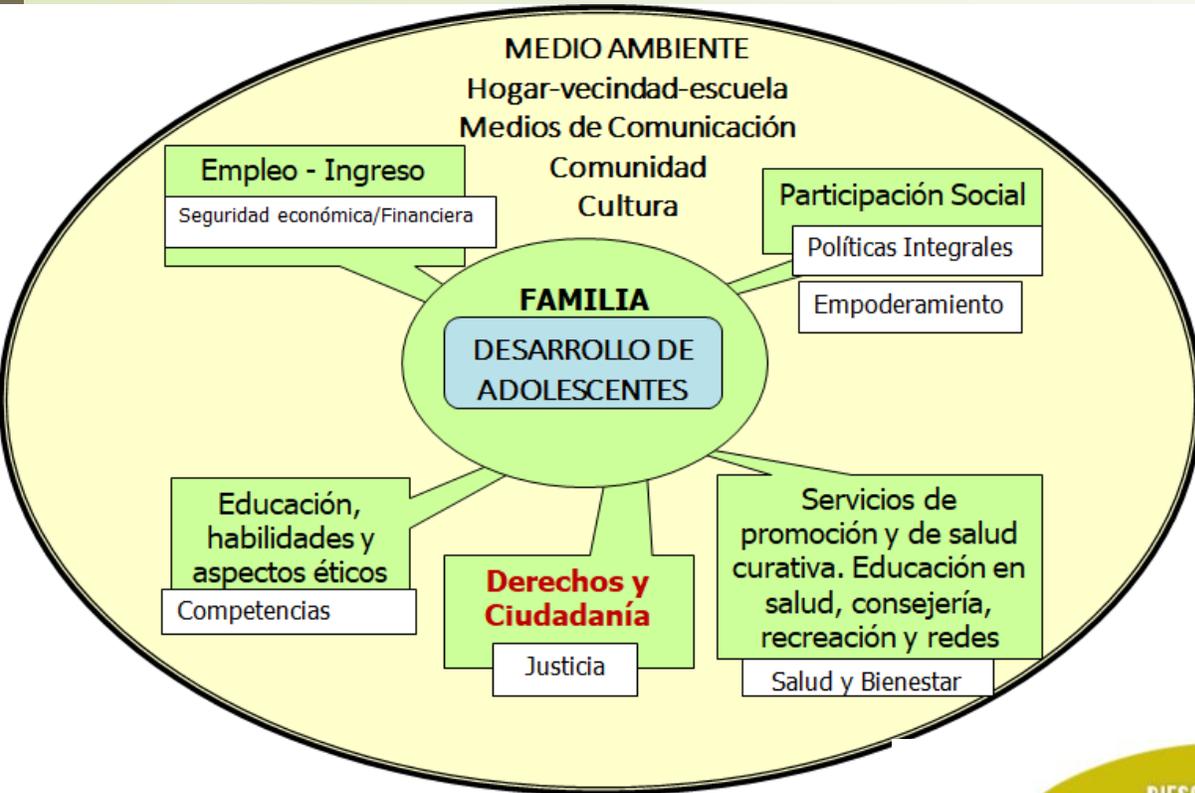
Criminología evolutiva (Farrington 1981, 1990, 1996, 2005, 2006)

Enfoque de riesgo, necesidad y receptividad (Andrews y Bonta, 2003, 2007)

Modelo integrado de intervención diferenciada (Fréchette y LeBlanc, 1998)

Enfoque psicosocial ecológico (Pérez – Luco, 2003)

Modelo multidimensional de trayectorias desadaptativas adolescentes (Alarcón, Vinet, Salvo y Pérez-Luco, 2001, 2007 y 2009)



Modelo basado en el marco conceptual de salud y desarrollo para la promoción de la Salud de adolescentes y jóvenes. (OPS, 2001).



Figura 2: Modelo Multidimensional de Trayectorias Desadaptativas

Tipo de Delincuencia: Diferenciación

Delincuencia Transitoria

Delincuencia Persistente

Delincuencia Compleja



**Delincuencia
Persistente**

Trayectoria Normal Desviada (TND)

Trayectoria Transgresora
Vinculada (TTV)

Trayectoria Pasiva
Desesperanzada (TPD)

Trayectoria Explosiva
Autodestructiva (TEA)

Trayectoria Antisocial Estabilizada
(TAE)

	T. Normal Desviada	T. Transgresora Vinculada	T. Pasiva Desesperanzada	T. Explosiva Autodestructiva	T. Antisocial Estabilizada
Comportamiento Delictivo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio más tardío (>13 a) ✓ Bajo volumen de delitos ✓ Prosocialidad y adaptabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio precoz (<13 a) ✓ Alto volumen delitos ✓ Creencia pro delito ✓ Fuertes vínculos hacia otros significativos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio precoz (<13 a) ✓ Alto volumen delitos ✓ Delitos contra la propiedad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio comienzos de la adolescencia ✓ Polimorfismo delictivo ✓ Mayor número de delitos contra las personas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio en la infancia ✓ Alto volumen delitos ✓ Polimorfismo delictivo ✓ Creencias que se asocian a una profesionalización del mismo

	T. Normal Desviada	T. Transgresora Vinculada	T. Pasiva Desesperanzada	T. Explosiva Autodestructiva	T. Antisocial Estabilizada
Variables Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Funcionamiento psicológico semejante a adolescentes convencionales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Marcada tendencia a la transgresión ✓ Sin contenido abusivo hacia otros 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estilo pasivo de funcionamiento ✓ Alta inhibición, emocionalidad negativa y depresiva, ✓ Falta de motivación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Variables personales que lo vinculan a lo delictivo ✓ Inestabilidad emocional ✓ Emocionalidad intensa y conductas extremas ✓ oscilaciones en los polos ✓ Con comportamientos externalizantes de alta transgresión 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Variables personales que lo vinculan al delito ✓ Patrón antisocial de uso y abuso ✓ Manipulación como estrategia de afrontamiento ✓ Alta seguridad en si mismo ✓ Frialdad afectiva

Resultados: *Variables sociodemográficas*

- La representatividad por **sexo** de la muestra se distribuye en una relación hombre:mujer de 9:1 con una edad promedio de 16 años. La tendencia de esta población, en cuanto a su procedencia corresponde a población urbana – marginal en situación de pobreza, con presencia de población mapuche que alcanza a un 25%.
- La **escolaridad** promedio es de 7 años, con deserción escolar en el 85% de la muestra y con 3 años de fuera del sistema educativo al momento de ingresar a CIP – CRC y una historia de repitencias que va de 1 a 3 años. Sólo un 14% alcanza el primer ciclo de enseñanza media (1° y 2°). La motivación por proseguir estudios es oscilante; un 90% se encuentra en proceso de regularizar estudios dentro del sistema de sanción, lo que presenta muchas dificultades para la continuidad al momento de egreso del sistema cerrado.

Resultados: *Variables sociodemográficas*

- ▶ Las mujeres de la muestra presentan una acumulación mayor de desventajas sociales y riesgos, que actúan como causa y van perpetuando su marginalidad, como son: familias con conducta delictiva en el 100% de la muestra; alcanzan menores niveles de escolaridad 5° básico, embarazo adolescente 50% de la muestra versus 5% en hombres; 100% con vinculación a parejas con conducta delictiva y consumo de drogas.
- ▶ Presentan conducta delictiva asociada a figuras vinculares involucradas en delitos (padre, pareja) desarrollando una delincuencia del tipo Persistente con características de alta inestabilidad emocional, impulsividad, dependencia emocional, tendencia a la transgresión, preocupaciones asociadas a Discordia Familiar y Abuso Infantil; tendencia al abuso de sustancias, tendencia a la delincuencia, tendencia a la impulsividad, tendencia suicida.



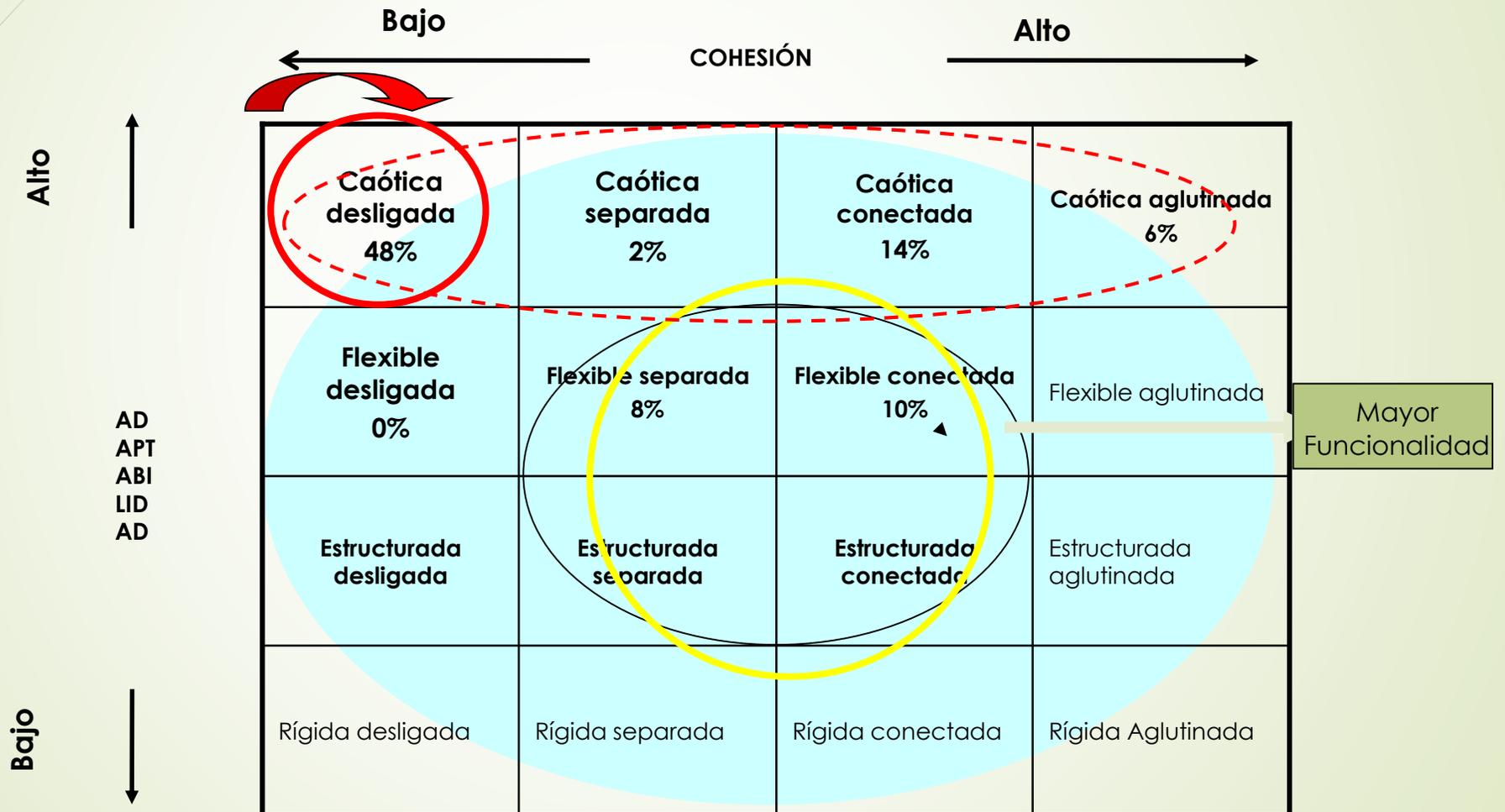
Resultados: *Variables sociodemográficas*

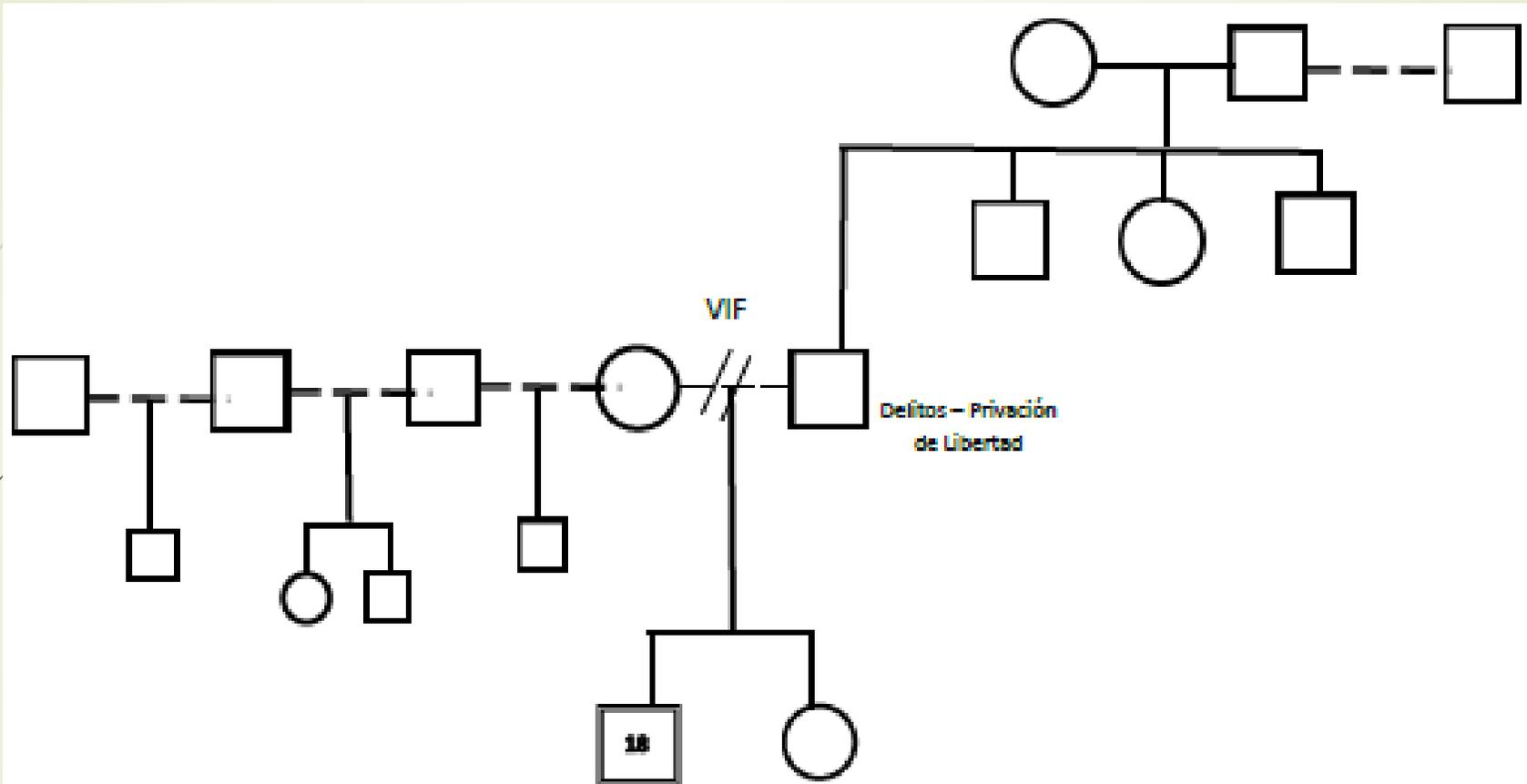
- Comparten con los hombres la exposición a factores de riesgo descritos (pares con conducta delictiva, abandono escolar, familias multiproblemáticas), pero se distinguen en una mayor exposición a la victimización en el medio familiar (maltrato y abuso sexual)
- En ellas existen estilos de personalidad vinculado a la trasgresión, junto a estilos relacionados con aflicción y alta inestabilidad emocional
- Algunas de ellas podrían responder a intervenciones basadas en reparación de vínculos emocionales

Resultados: *Variables sociodemográficas*

- ▶ En el 66% de la muestra, hay antecedentes de conducta delictiva en el algún miembro de la **familia** más próxima (33% padre, 60% hermanos; 15% madres) y en 68% **consumo** de OH y/u otras drogas
- ▶ La dinámica familiar en un 70% se observa con tendencia a la disfunción (Olson y cols, 1993 Predominio **Caótico/Desligado 48%**), mientras que los estilos más funcionales se presentan en un 18% de la muestra (patrón **Flexible/Conectado**). Un 12% no cuenta con grupo familiar de cuidado y ha permanecido institucionalizados.

Modelo Circumplejo de Olson: Tipologías familiares



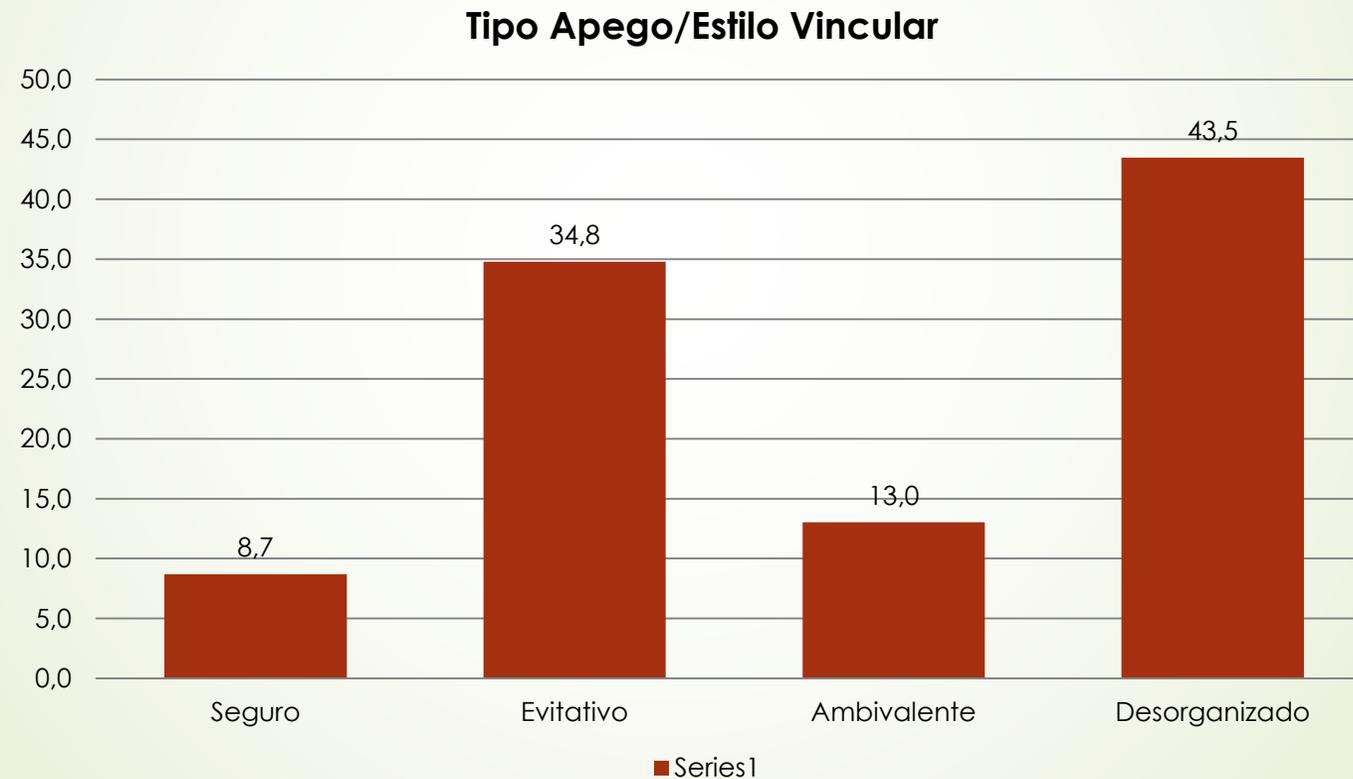


- Vida en calle
- Primero vive con abuelos
- Luego vive con padrastros
- Tíos y primos con delitos y consumo de drogas

Resultados: *Variables sociodemográficas*

- La muestra da cuenta de una población con antecedentes de ingreso a sistemas protectores y/o intervención a la **familia** en un 80% (Tribunales de Familia, Red SENAME, OPDs)
- Las **familias** se caracterizan por estructuras monoparentales o extensas (abuelos involucrados en la crianza), con ausencia de la figura paterna en un 70%; en este 30% restante, el padre se constituye como modelo antisocial o agresor en el 80% de la submuestra
- La **madre** está presente en la crianza en un 85% de la muestra y en un 50% resulta ser la figura de la muestra pese a la escasa prosocialidad (fenómeno de condescendencia cruzada).
- En un 43,5% de la muestra se observa el desarrollo de **Estilo de Apeafectiva** más significativa, mientras que el **padre** es reconocido así en el 10% **go Desorganizado**; 34,8% **Evitativo**, en un 13% **Evitativo-Rechazante**, mientras que el 8,7% restantes impresiona con **Apego Seguro** (análisis clínico sobre la base de la historia y situación familiar durante embarazo, 0-5 años y estilo actual de vincularse)

Resultados: Tipo de Apego/Estilo Vincular





Resultados: Trastornos por uso de sustancias

- Se observa consumo problemático de sustancias 95% de la población adolescente privada de libertad (CIP – CRC Chol Chol)
- La edad de inicio de consumo de sustancias es de 11,6 años para hombres y mujeres, con una desviación de 3 años
- 100% presenta dependencia para a lo menos 1 sustancias psicoactiva
- El promedio de sustancias consumidas de manera regular es 3 a 4
- La combinación de sustancias más frecuentes incluye: THC, OH, COC y Tabaco o THC, OH, BZD y Tabaco

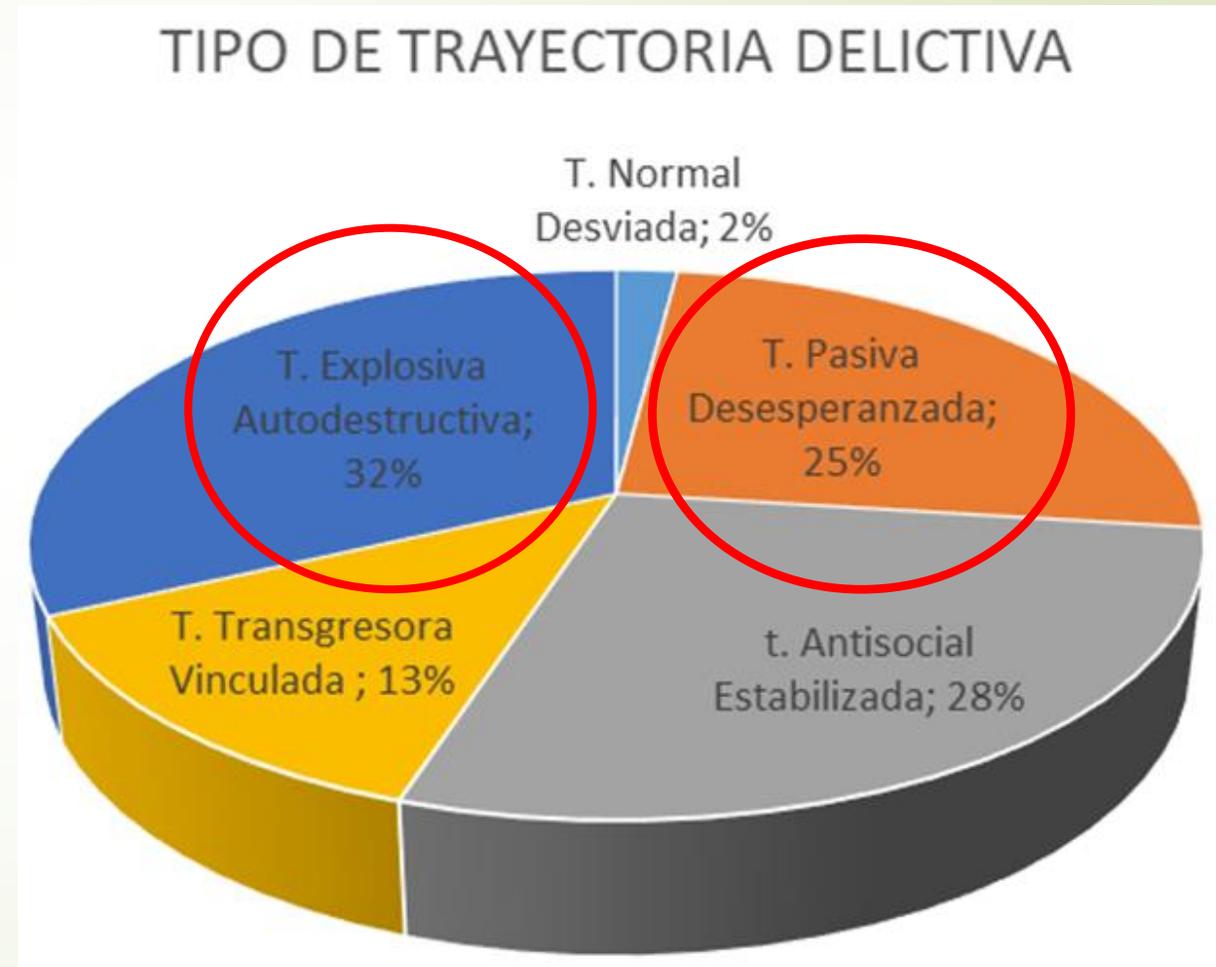
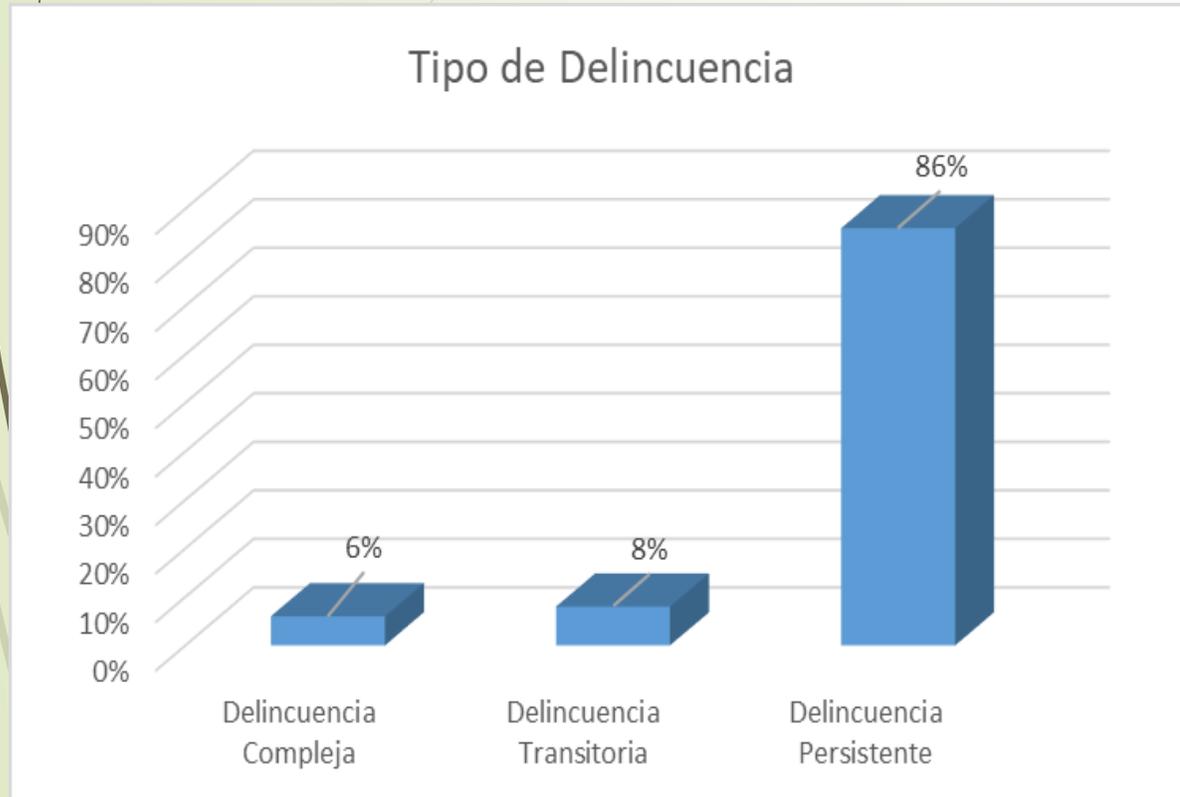
Trastornos por uso de sustancias

- El consumo sostenido de varias sustancias presenta un promedio de 3,5 años tanto en hombres como en mujeres, con una desviación de 2 años
- 90% cumple criterios para dependencia a THC
- 8% presenta un consumo problemático y exclusivo de alcohol, con presencia de tolerancia e intoxicaciones patológicas
- 14% cumple con criterios para dependencia a PBC
- 45% presenta la combinación THC y BZD
- 33% Presenta la combinación THC y COC
- 14% presenta la combinación de THC y PBC
- *** Se han observado casos de consumo de Tramadol en el último año (fármaco analgésico y opioide)

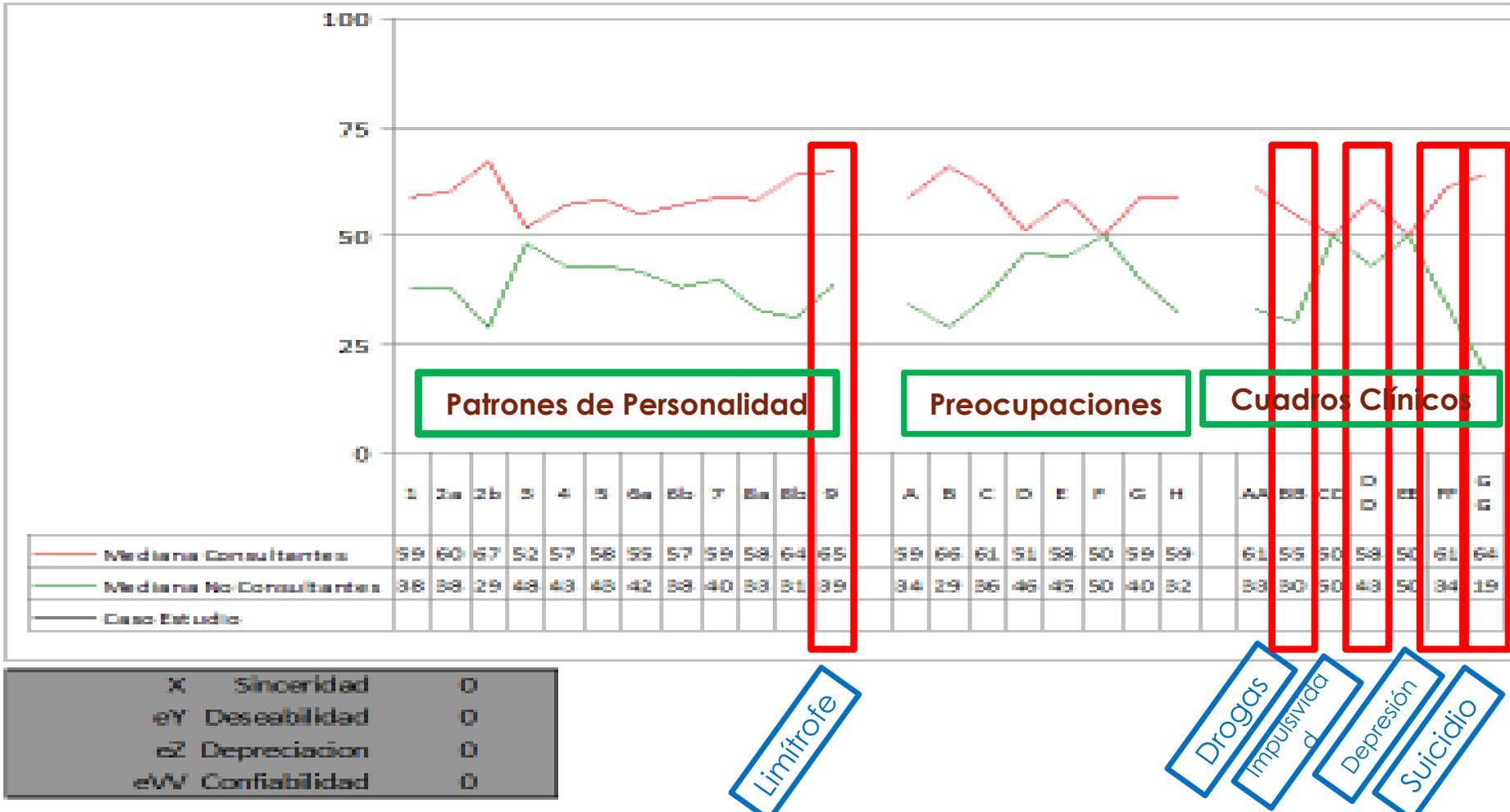
Resultados: *Variable Conducta Delictiva*

- La muestra indica que el promedio de edad en que los adolescentes toman contacto con la RED SENAME (Protección) es a los 11 años, con una desviación estándar de 4,5 años.
- La edad autorreportada promedio para el comienzo de conductas infractoras 11 años con una desviación de 3,5 años.
- La edad promedio del primer delito judicializado es 14,5 años, con una desviación de 0,7 años.
- 95% de las y los adolescentes presentan contacto con pares delictivos

Resultados: *Variable Conducta Delictiva*



Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI)

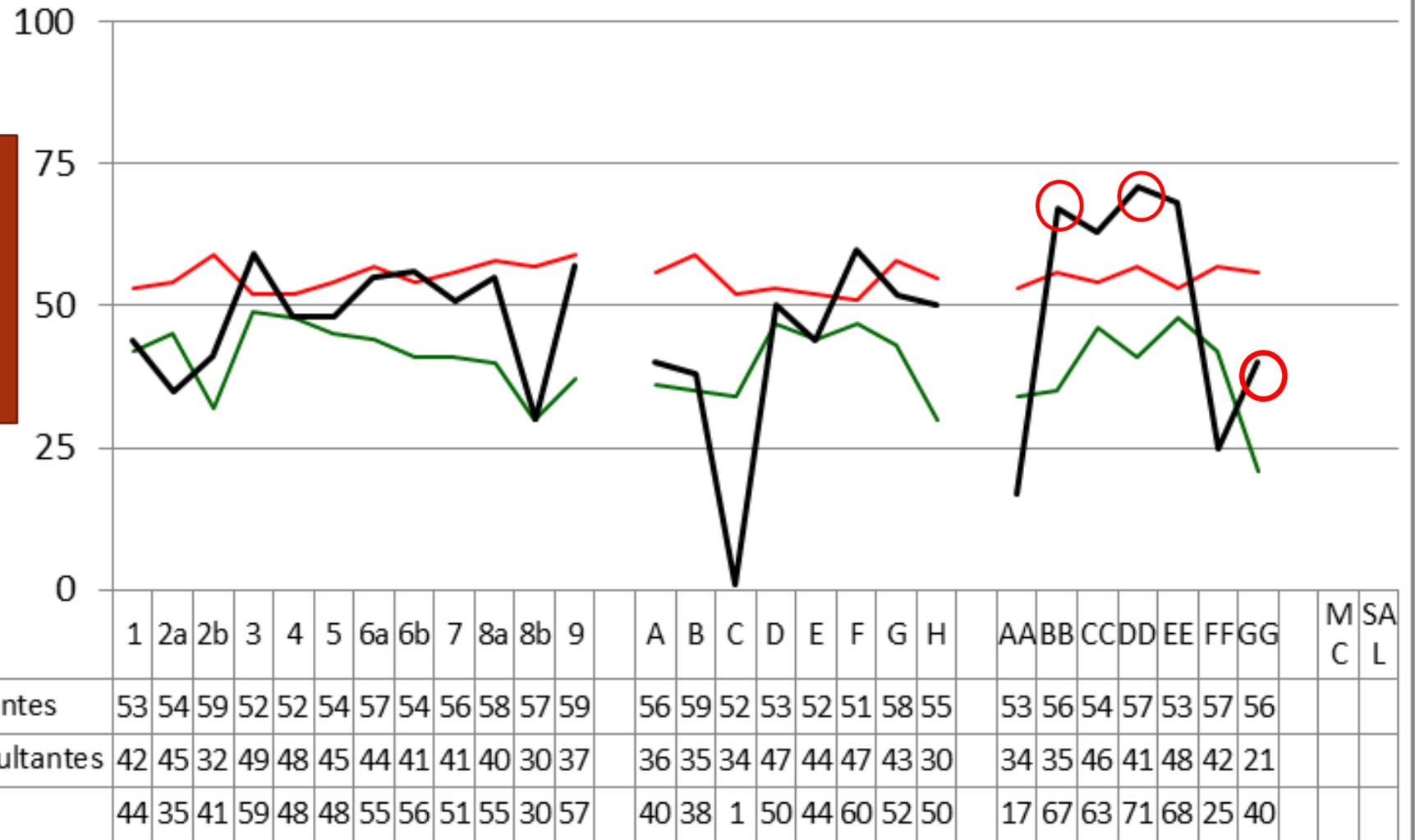


X	Sinceridad	0
eY	Deseabilidad	0
eZ	Depreciación	0
eW	Confiability	0

Todas las escalas de Patrones de Personalidad, Preocupaciones de la adolescencia y cuadros clínicos, muestran que los adolescentes infractores de ley alcanzan percentiles sobre la población normalizada, lo que indica mayor riesgo.

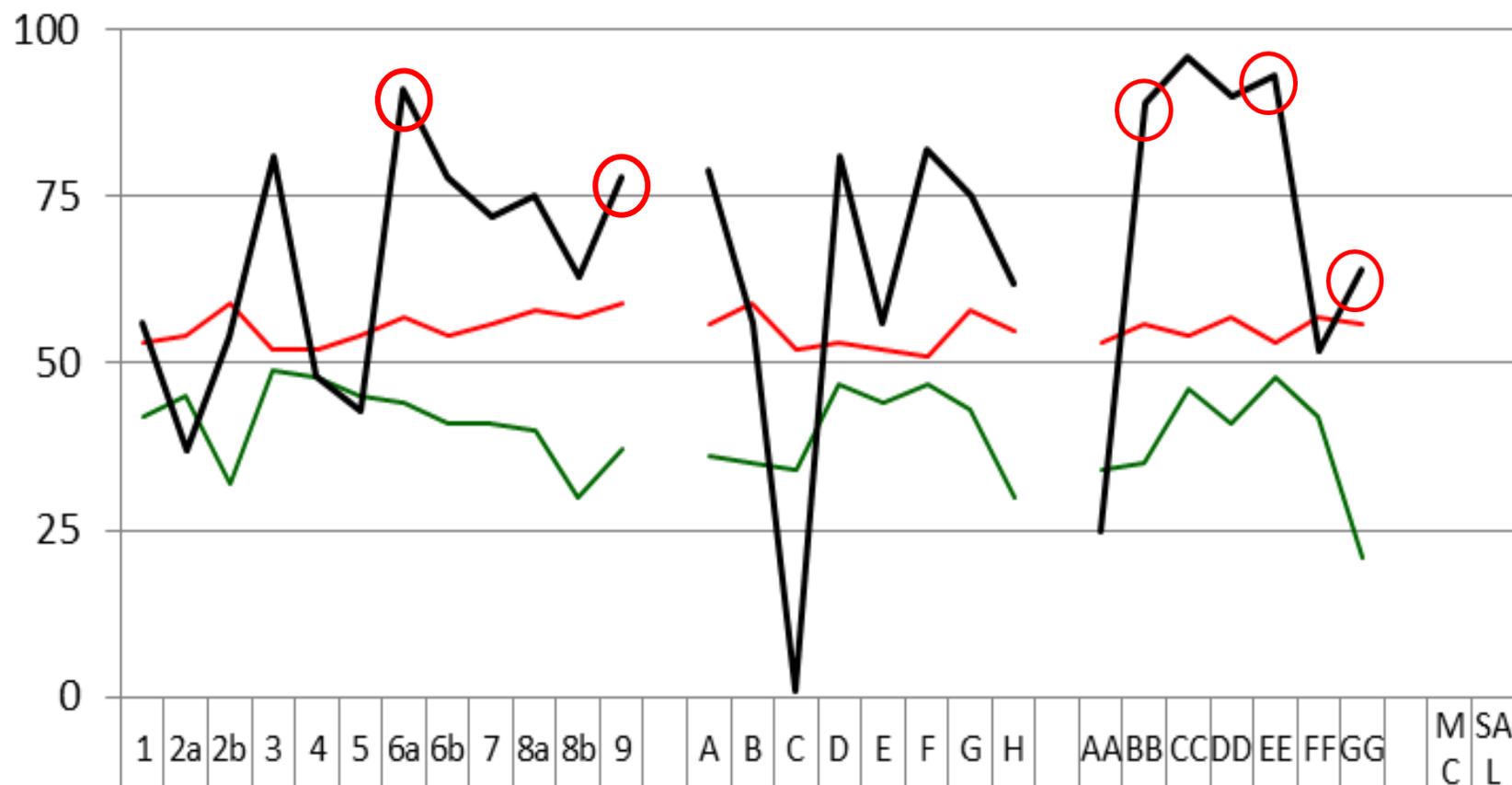
Resultados: Trayectoria Normal Desviada

Escala BB: Drogas
Escala DD: Impulsividad
Escala GG: Riesgo suicida



Resultados: *Trayectoria Explosiva Autodestructiva*

Escala 6^a: Transgresor
Escala 9: tendencia
límitrofe
Escala BB: Uso de
sustancias
Escala DD: Impulsividad
Escala GG: Tendencia
suicidio



— Mediana Consultantes	53	54	59	52	52	54	57	54	56	58	57	59	56	59	52	53	52	51	58	55	53	56	54	57	53	57	56		
— Mediana No Consultantes	42	45	32	49	48	45	44	41	41	40	30	37	36	35	34	47	44	47	43	30	34	35	46	41	48	42	21		
— Caso Estudio	56	37	54	81	48	43	91	78	72	75	63	78	79	56	1	81	56	82	75	62	25	89	96	90	93	52	64		

Resultados: *Trayectoria Antisocial Estabilizada*

Escala 3: Autocentrado

Escala 6ª: Transgresor

Escala 6b: Poderoso

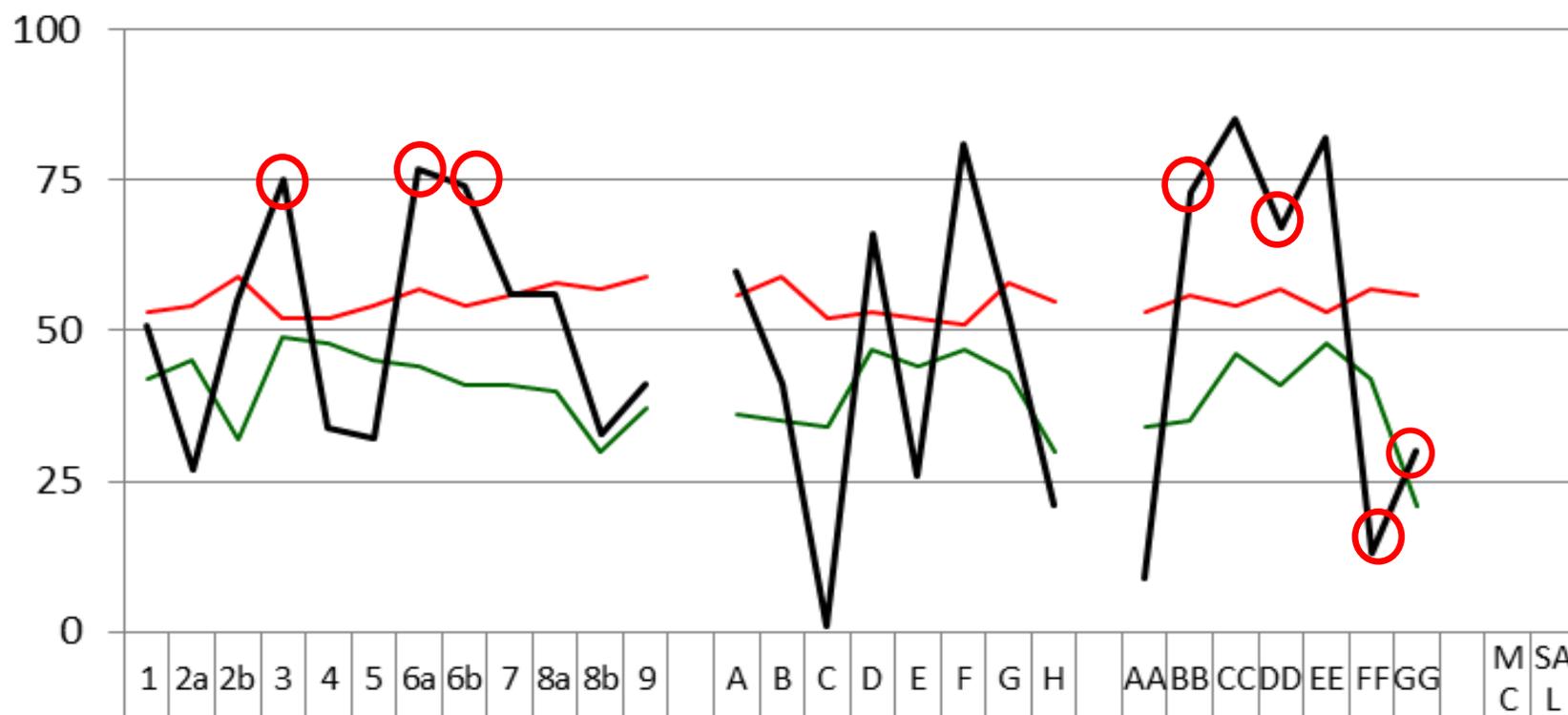
Escala BB: Sustancias

Escala DD: Impulsividad

Escala FF: Depresivo

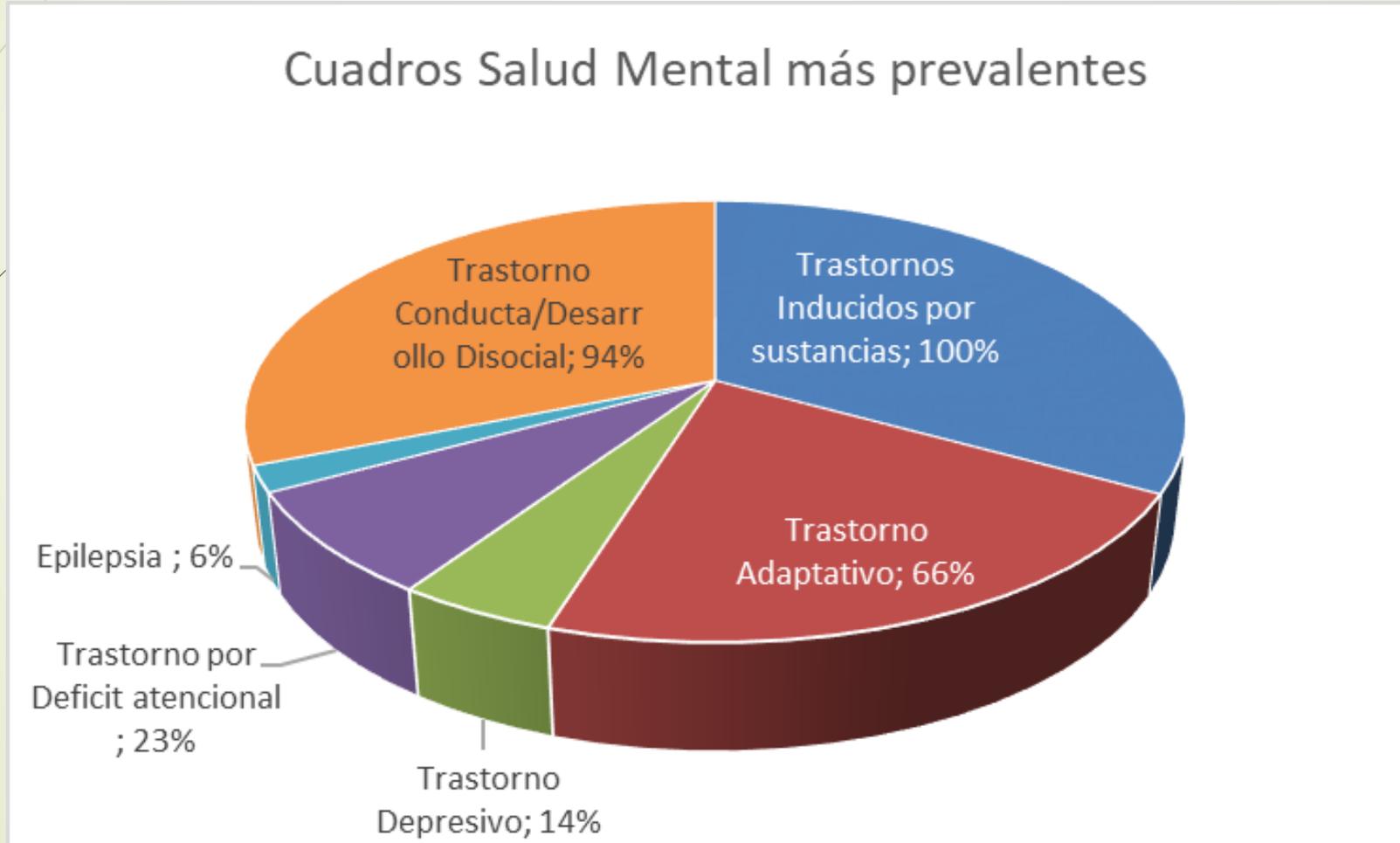
Escala GG: Suicidio

* Estilo desapegado a la vida



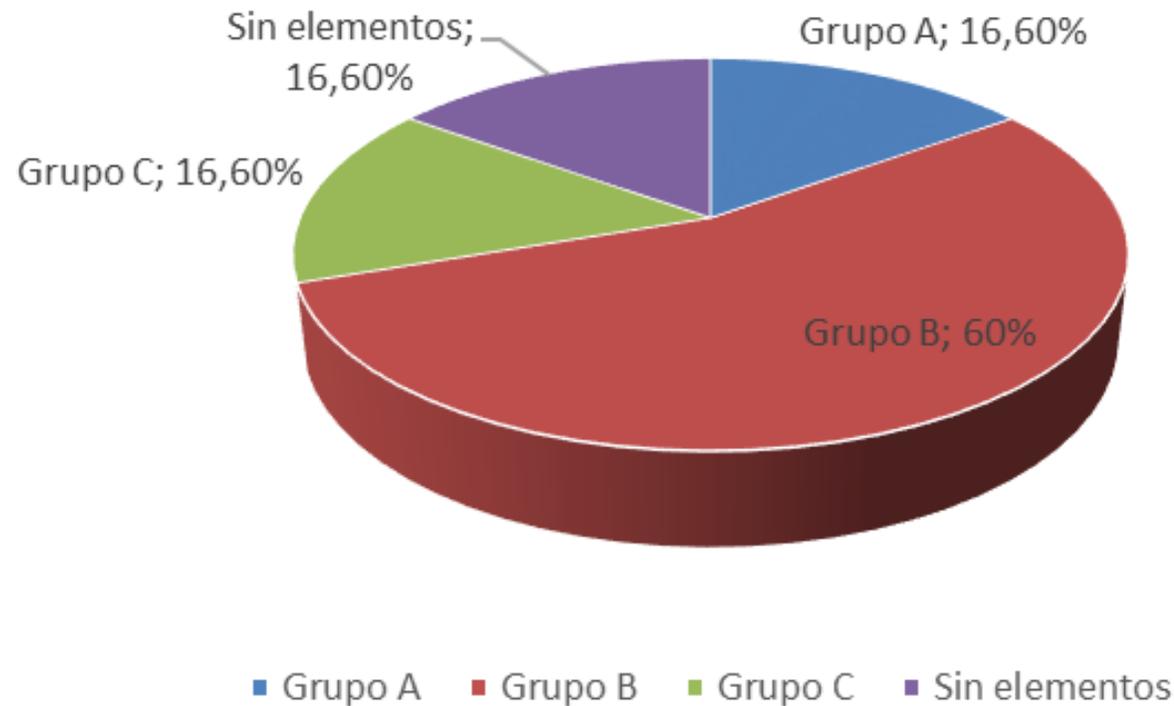
— Mediana Consultantes	53	54	59	52	52	54	57	54	56	58	57	59	56	59	52	53	52	51	58	55	53	56	54	57	53	57	56		
— Mediana No Consultantes	42	45	32	49	48	45	44	41	41	40	30	37	36	35	34	47	44	47	43	30	34	35	46	41	48	42	21		
— Caso Estudio	51	27	55	75	34	32	77	74	56	56	33	41	60	41	1	66	26	81	52	21	9	73	85	67	82	13	30		

Resultados: *Cuadros Salud Mental más prevalentes*

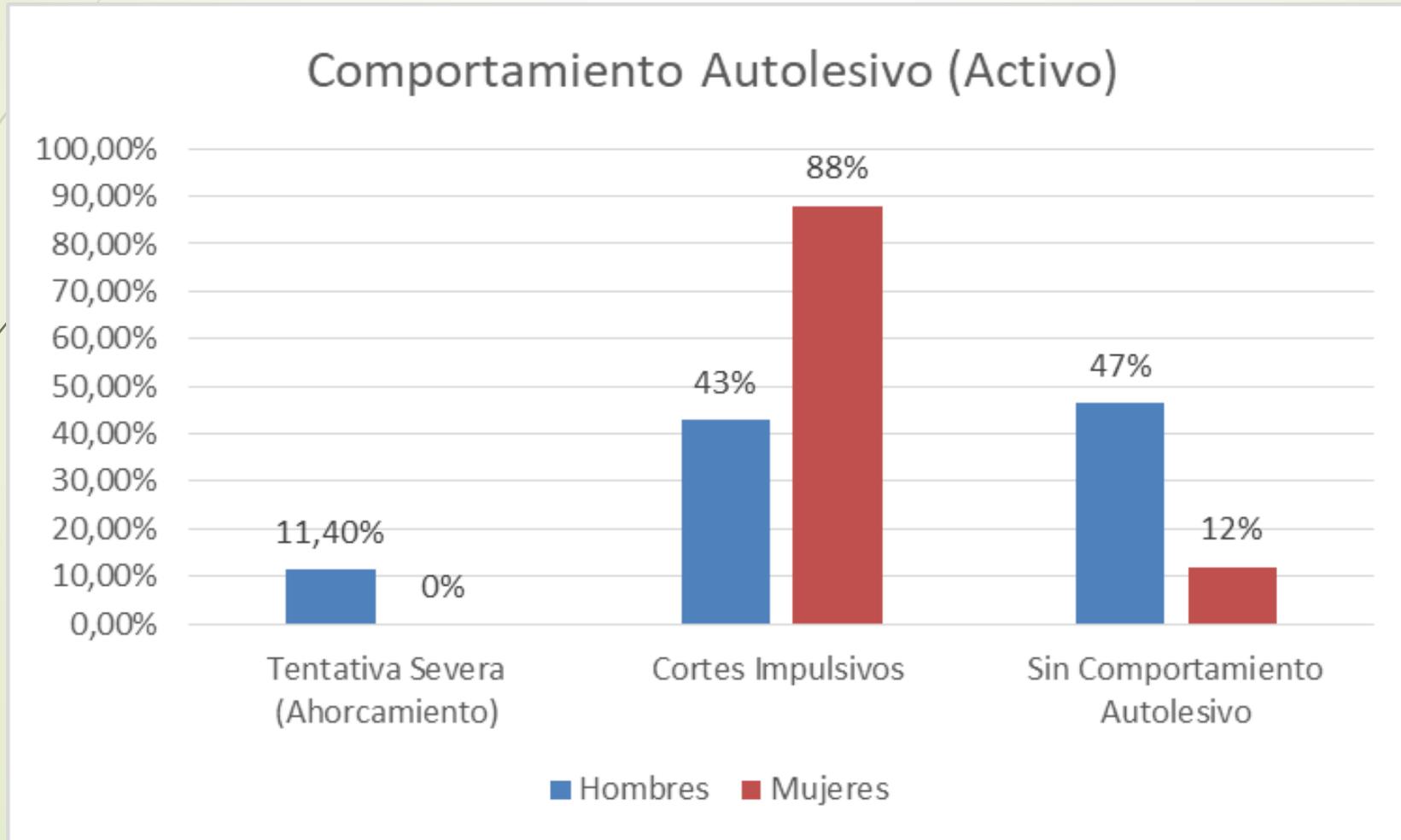


Resultados: *Desarrollos de la Personalidad*

Desarrollos de la Personalidad (rasgos característicos)

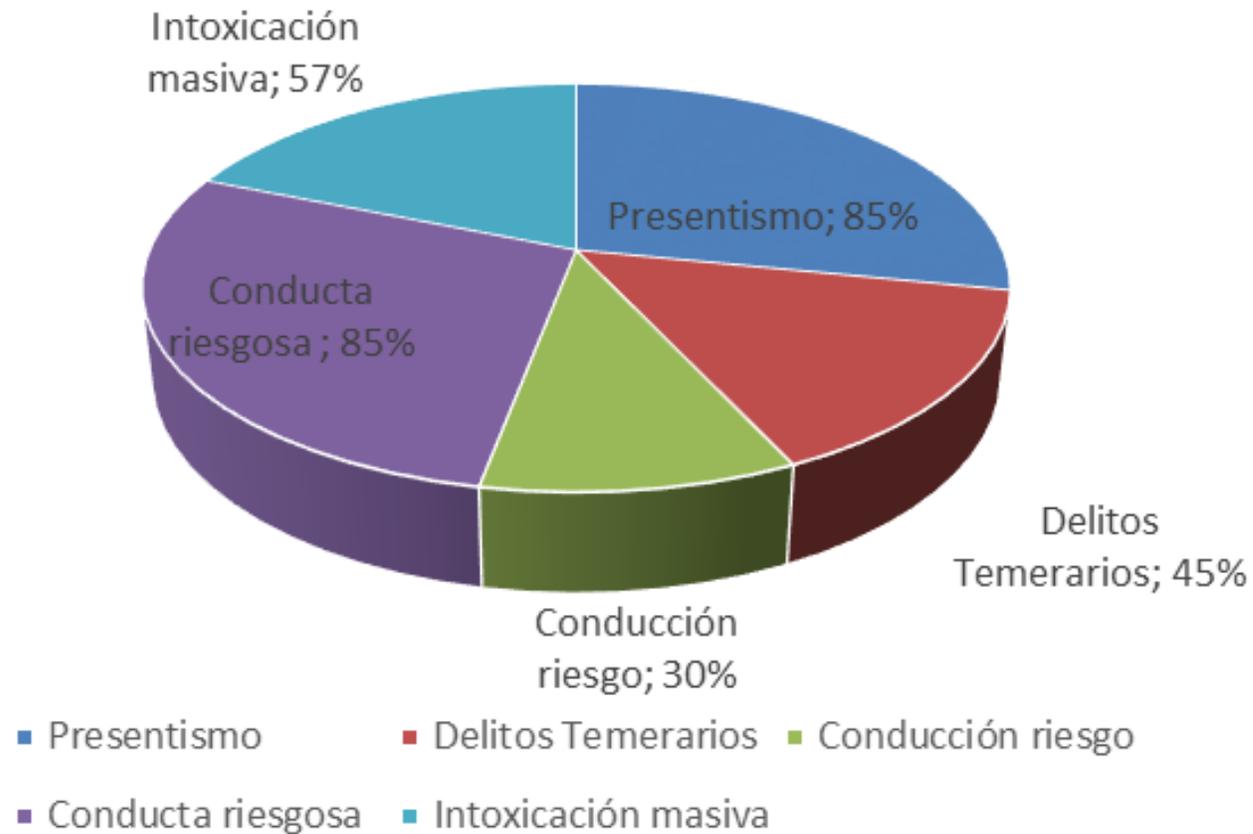


Resultados: Comportamientos Autolesivos

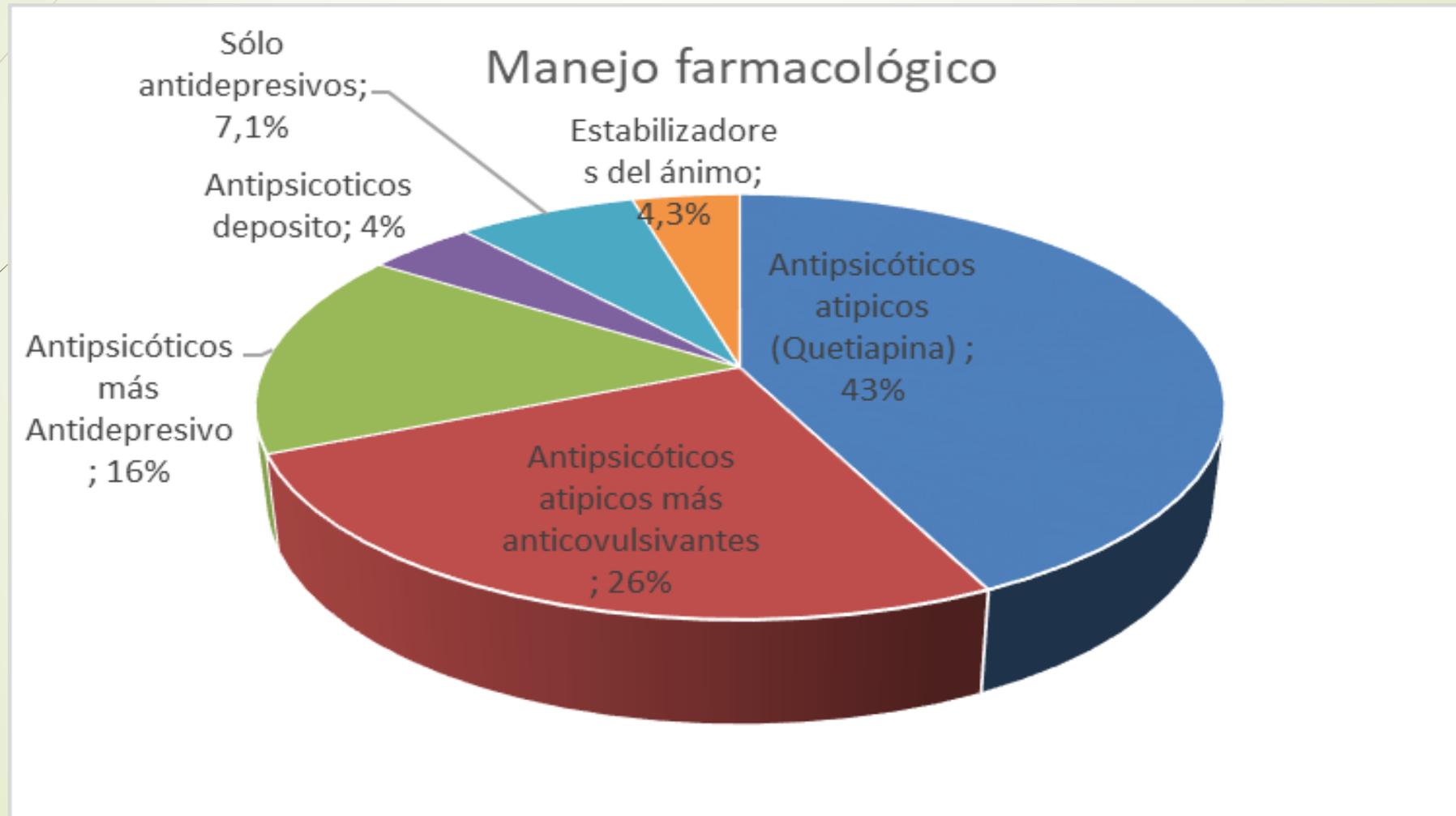


Resultados: *Conductas autoagresivas encubiertas*

Conductas autoagresivas encubiertas



Resultados: Manejo psicofarmacológico



Algunas reflexiones:

- ❑ La población adolescente infractora de ley no entra en los estudios estadísticos relacionados con suicidio
- ❑ Esta población acumula todos los factores de riesgo suicida que en la población adolescente no infractora se presentan de manera aislada
- ❑ Redes familiares y comunitarias ofrecen un pobre soporte socio-emocional
- ❑ En todas las trayectorias delictivas que cursan los adolescentes se observan riesgos aumentados

Algunas reflexiones:

- ❑ El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon – MACI – en su escala GG que mide específicamente el riesgo suicida, los adolescentes normalizados (no consultantes) se ubican en el percentil 21, en tanto la población infractora de ley se ubica en el percentil 51, es decir, 30 percentiles más altos
- ❑ El mismo instrumento – MACI – cuenta con Escalas que miden Tendencia al consumo de sustancias, Impulsividad y Depresión, en las cuales se observan el mismo fenómeno, esto es, diferencias significativas de entre los 15 a 20 percentiles de diferencia entre la población normalizada de la población infractora de ley para cada una de las escalas

Algunas reflexiones:

- ❑ A nivel de desarrollo de la personalidad, el MACI, en la escala 9 que mide inestabilidad - autoagresión – tendencia Limítrofe, el instrumento muestra que la población normalizada presentaría este tipo de expresiones emocionales ubicables en el percentil 37, en tanto los adolescentes infractores de ley se ubican en el percentil 59, esto es, 22 percentiles arriba.
- ❑ Dentro de la población adolescente infractora de ley, existen variaciones significativas según la Trayectoria Delictiva que ha ido configurando el adolescente, siendo la Trayectoria Explosiva Autodestructiva la de mayor compromiso en salud mental con trastornos externalizantes, seguidos de la Trayectoria Pasiva – Desesperanzada quien desarrolla cuadros en la línea más internalizante.



Algunas reflexiones:

- ❑ A los cuadros clínicos que confluyen, se agrega un estilo desapegado a la vida, lo que se traduce en comportamientos temerarios, involucramiento en delitos de alto riesgo y comportamientos que en general corresponden a formas encubiertas de suicidio



Conducta Suicida en Adolescentes Infractores de Ley y con consumo problemático de sustancias.

Claudio Espejo San Cristóbal

Medico Psiquiatra

Noviembre de 2018