

Maria Ribas Siñol

Coordinadora clínica. Unidad Terapéutica del Centro Educativo Els Til·lers. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Miembro del Comité de Ética en Intervención Social de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

mribas@pssjd.org

Oriol Canalias Perez

Trabajador social. Unidad Terapéutica del Centro Educativo Els Til·lers. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Miembro de la Sección Infantojuvenil del Comité de Ética Asistencial de San Juan de Dios.

ocanalias@pssjd.org

Resumen

Este artículo pretende reflexionar sobre los aspectos éticos relacionados con el abordaje, tratamiento y rehabilitación de los adolescentes con problemas de salud mental y adicciones y conductas transgresoras, que han delinquido y están en tratamiento en una Unidad Terapéutica especializada por orden judicial.

Palabras clave

adolescentes, salud mental, adicciones, ética, justicia juvenil

Abstract

The scope of this article is a group of adolescents placed by a court order in a therapeutic treatment unit. The article explores ethical concerns when approaching, treating and rehabilitating adolescents with mental health and addiction problems; furthermore, their transgression has led to delinquency.

Keywords

adolescents, mental health, addiction, ethics, juvenile justice

El adolescente con problemas de salud mental y adicciones en el sistema de Justicia Juvenil: Aspectos éticos

La realidad de la delincuencia juvenil en nuestra sociedad sigue siendo una cuestión poco evaluada y estudiada, estigmatizada. No existen demasiados foros que presenten una visión objetiva y real de la problemática del adolescente transgresor. La situación es aún más desconocida en relación al abordaje, tratamiento y rehabilitación de adolescentes con problemas de salud mental y adicciones y conductas transgresoras. En estos casos se produce una situación paradójica: el sistema judicial de menores considera a estos jóvenes como responsables de sus actos, y el sistema sanitario los reconoce como víctimas de su propio trastorno. Esta paradoja puede generar algunas cuestiones éticas importantes: ¿Qué repercusión puede tener el deber de secreto profesional en la relación entre ambos sistemas, el sanitario y el judicial? ¿Cómo fomentar la coordinación para asegurar la protección del interés superior del menor?

Otras inquietudes surgen en la intervención terapéutica específica con estos adolescentes y sus familias, cuestiones éticas diversas: ¿cómo potenciamos la autonomía, la toma de decisiones en un entorno judicial y privado de libertad? ¿Cómo ejercemos la no maleficencia en el manejo de la información terapéutica? ¿Pueden ser responsables los menores con la capacidad volitiva y cognitiva alterada? Las cuestiones en torno al adolescente

transgresor con problemas graves de salud mental y adicciones son numerosas y, a la vez, complejas.

Adolescencia, conflicto y trastorno mental

El conflicto es una característica inherente a las relaciones humanas, y el adolescente es conflictivo en esencia. En esta etapa se producen profundas transformaciones tanto físicas, como

Se produce una situación paradójica: el sistema judicial de menores considera a estos jóvenes como responsables de sus actos, y el sistema sanitario los reconoce como víctimas de su propio trastorno

emocionales y psicosociales. Es una etapa de transición e inseguridad, compleja, intensa e imprevisible, también es el periodo en el cual aparece el pensamiento ético, se consolidan los valores, las actitudes y los estilos de vida. El límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia es difícil de determinar, porque los jóvenes atraviesan desequilibrios e inestabilidades extremas. Ante el desafío de

construir su identidad, y en el camino hacia la autonomía, son frecuentes y constantes los cortocircuitos del pensamiento, la desaparición momentánea de lo conceptual lógico, y la expresión a través de la acción, aunque en forma fugaz y transitoria.¹

La calidad del proceso de maduración y crecimiento de los primeros años de vida, la estabilidad en los afectos, las gratificaciones y frustraciones, y la gradual adaptación a las exigencias

Según el informe del Observatorio de Salud de la Infancia y la Adolescencia FAROS Sant Joan de Déu, los trastornos mentales en la infancia y adolescencia, dentro de la población menor de 15 años, ocupan el tercer lugar de prevalencia de enfermedades infantiles en España. Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los jóvenes de 10 a 19 años

ambientales, marcan en gran manera las diferencias individuales en las reacciones del adolescente, así como la gravedad e intensidad de los conflictos. Algunos jóvenes presentan una persistencia en la expresión a través de la acción, son aquellos que suman un mayor número de factores de riesgo y, por tanto, tienen menos factores de protección. Estos son los más vul-

nerables. Y la situación se agrava por la presencia de trastornos mentales que afectan su capacidad cognoscitiva y volitiva.

Según el informe del Observatorio de Salud de la Infancia y la Adolescencia FAROS Sant Joan de Déu,² los trastornos mentales en la infancia y adolescencia, dentro de la población menor de 15 años, ocupan el tercer lugar de prevalencia de enfermedades infantiles en España. Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los jóvenes de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años. Las tres principales causas de mortalidad entre los adolescentes a nivel mundial son los traumatismos causados por los accidentes de tráfico, el VIH/Sida y el suicidio. En relación al consumo de drogas, la prevalencia de consumo de cannabis y cocaína en España es de las más altas de Europa.³

Factores de riesgo, conducta violenta y adolescentes transgresores

La vulnerabilidad del adolescente es inherente a esta etapa vital, pero aún lo es más para aquellos cuyo proceso de desarrollo ha sido interferido por contextos adversos, caracterizados por historias de carencia y maltrato (rupturas de lazos familiares, abandono, abuso sexual, fracaso o abandono escolar, entornos en los que prima la violencia, patrones de conducta delictivos, entre otros). Con mucha frecuencia, la sociedad no ha podido ofrecer los recursos comunitarios necesarios para detectar y evitar estas situaciones adversas en las que se han visto inmersos estos jóvenes, que en otro momento fueron niños desprotegidos.

Aunque no existe ningún factor que por sí solo dé explicación a la conducta violenta, el maltrato sufrido duran-

Aunque no existe ningún factor que por sí solo dé explicación a la conducta violenta. El maltrato sufrido durante la infancia, tanto si se da dentro como fuera del ámbito familiar, genera problemas de salud mental y abuso de sustancias, aumenta las dificultades en las relaciones interpersonales, el suicidio y la conducta delictiva

te la infancia, tanto si se da dentro como fuera del ámbito familiar, genera problemas de salud mental y abuso de sustancias, aumenta las dificultades en las relaciones interpersonales, el suicidio y la conducta delictiva.⁴ Asimismo, los efectos del maltrato, la negligencia o el abandono parental inciden directamente en el aumento de las conductas delictivas y la propensión a desarrollar conductas transgresoras graves.⁵

Los adolescentes atendidos en el ámbito de Justicia Juvenil (JJ) presentan índices de trastornos mentales superiores a los de la población general.⁶ El 50% de los casos de la población atendida en Centros de Menores de JJ de Cataluña, en el año 2015, requieren la atención especializada de los servicios de salud mental y adicciones. Los diagnósticos más frecuentes registrados en la historia clínica del Parc Sanitari San Joan de Déu son el trastorno por consumo de sustancias (52%), el trastorno por déficit de

atención con hiperactividad (31%), los trastornos de personalidad (27%) y los trastornos afectivos (15%). El 17% de estos jóvenes presenta un retraso mental leve. En relación a la situación familiar, aproximadamente el 16% de los casos atendidos presentan antecedentes delictivos familiares, el 57% de los progenitores están separados y en el 20% de los casos había fallecido uno o ambos padres. El maltrato psicológico se da en el 52% de los casos y el físico en el 26%. Estos datos apuntan a un porcentaje elevado de disfunciones en el entorno del menor, donde abundan mensajes contradictorios e incongruentes, que han dificultado un desarrollo que integre valores prosociales y, en los cuales, el individuo acaba aplicando una lógica para poder adaptarse y sobrevivir. Cuando aquel que dice y debe proteger, cuidar y amar a un niño lo lastima y lo agrede, las percepciones no coinciden con los sentimientos, la incongruencia entre la actitud y la conducta, entre lo que se dice y lo que se hace, crea confusión y conduce a construcciones erróneas sobre uno mismo, sobre el

entorno, sobre el concepto y el rol del padre y de la madre, sobre el verdadero sentido del amor y el odio.

Responsabilidad penal del menor

La responsabilidad penal de los menores que delinquen, aplicada a todos los adolescentes mayores de 14 y menores de 18 años, es un tema que suscita diferentes reacciones y sentimientos en la sociedad. En ocasiones surge la exigencia de que estos adolescentes sean sancionados, responsabilizados y que aumente el control sobre ellos, primando así criterios de seguridad y defensa social ante sus actos delictivos. Pero, al mismo tiempo, aparece el deseo de protegerlos de las carencias que han sufrido, reeducarlos, rehabilitarlos y reinsertarlos.

La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de Enero, reguladora de la Responsabilidad Penal del Menor (LORPM), ha sufrido cinco reformas legislativas, dos de ellas elaboradas incluso antes de su entrada en vigor. Se trata de reformas encaminadas a endurecer la respuesta

Cabe decir que corremos el riesgo de que triunfe la ideología que aboga por aumentar las medidas punitivas, sustentadas en una idea de «tolerancia cero», en lugar de buscar actuaciones orientadas a la prevención, la rehabilitación y la reinserción

penal.⁷ Algunas de éstas son producto y consecuencia de la alarma social creada por la comisión de determinados delitos graves por parte de menores, la percepción social viene siendo, en los últimos años, un factor determinante en las reformas penales.⁸ Cabe decir que corremos el riesgo de que triunfe la ideología que aboga por



aumentar las medidas punitivas, sustentadas en una idea de “tolerancia cero”, en lugar de buscar actuaciones orientadas a la prevención, la rehabilitación y la reinserción.⁷ ¿Es lícito que se difunda información sensacionalista que afecte negativa y directamente sobre la percepción social de la violencia juvenil?

En Cataluña, desde el año 2010, se ha producido una disminución constante del número de jóvenes atendidos en el sistema judicial de menores, sin embargo, se mantiene un aumento de la actividad especializada en salud mental y adicciones. Además, la gravedad de los casos atendidos ha aumentado. En la Unidad Terapéutica del Centro Educativo Els Til·lers – Parc Sanitari Sant Joan de Déu, el 26% de los casos durante el año 2015 presentaban trastornos del espectro psicótico, en comparación al 10% detectado en el año 2010.

Obligatoriedad de tratamiento e ingreso voluntario

En la Unidad Terapéutica (UT) del CE Els Til·lers los tratamientos especializados para menores infractores con problemas de salud mental y adicciones se enmarcan en el modelo de una

Comunidad Terapéutica Educativa, es decir, se hace un abordaje biopsicosocial y comunitario. Se trata de un recurso residencial y el tiempo de ingreso está determinado por la duración impuesta en la sentencia judicial. Existe privación de libertad decretada por un Juez y obligatoriedad de tratamiento, es decir, estamos ante un internamiento judicial terapéutico. Sin embargo, la voluntariedad de ingreso y la aceptación del tratamiento propuesto es imprescindible para poder

libertad de elección de tratamiento se considera que es una de las cuestiones a cuidar especialmente. Es por ello que el equipo multidisciplinar, tras un proceso de reflexión ético, propuso que el ingreso debería ser voluntario, aceptado por el paciente. Fruto de su convicción personal y del acuerdo, no de la imposición externa, respetando el tiempo necesario para que el menor —capaz y competente— comprenda la necesidad de llevar a cabo una intervención y abordaje especializado,

Cómo compatibilizar la autonomía de decisión del paciente con la sentencia emitida por un Juez de Menores que impone la obligatoriedad de tratamiento? La coordinación con el sistema judicial de menores es imprescindible

llevar a cabo una atención especializada que sea efectiva. En primer lugar, porque muchos de los jóvenes jamás se han vinculado con profesionales de la red de salud mental y adicciones y, en segundo lugar, porque se encuentran en una situación de privación de libertad, con la consiguiente pérdida de la autonomía, del contacto diario con la familia y con los amigos, etc. La

y pueda expresar sus inquietudes, temores y preferencias. El adolescente debe ser el verdadero responsable y protagonista de sus decisiones. De esta forma, el principio de autonomía se incorpora a la complejidad de la intervención con adolescentes privados de libertad.

Sin embargo, este planteamiento respetuoso con la autonomía genera cuestiones importantes: ¿Cómo compatibilizar la autonomía de decisión del paciente con la sentencia emitida por un Juez de Menores que impone la obligatoriedad de tratamiento? La coordinación con el sistema judicial de menores es imprescindible. Los Jueces de Menores, con los que intervenimos, aceptan las propuestas de intervención clínica, y no exigen el ingreso terapéutico inmediato en nuestra Unidad, respetando el principio de beneficencia, es decir, respetando el interés superior del menor, que se debe argumentar muy bien por los profesionales clínicos que lo atienden.



Sin embargo, en aquellos casos en que el juicio de un menor está alterado, no siendo competente para valorar los beneficios de la intervención, se procede al ingreso terapéutico. El principio de autonomía queda en un segundo plano cuando la competencia del menor está comprometida, porque se da más importancia a los beneficios que genera la intervención, ya que la omisión de tratamiento promovería un daño deliberado (Principio de no Maleficencia). Asimismo, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, abre también la posibilidad de primar la protección (externa) sobre la autonomía personal cuando el usuario no es competente para tomar una decisión concreta a nivel sanitario.

Confidencialidad e información clínica

El tratamiento clínico debe propiciar la adherencia y alianza terapéutica, que son factores de protección importantes del adolescente que padece un trastorno mental. La intervención psicoeducativa debe potenciar que se retome el desarrollo emocional, que en muchos casos queda afectado por los numerosos factores de riesgo. El elemento crítico de este proceso son los profesionales: no es posible generar confianza, promover valores, potenciar actitudes... únicamente mediante palabras. Los cambios significativos se producen cuando los valores y actitudes están presentes en las relaciones vitales con el otro. Uno de los objetivos prioritarios de la intervención es generar vínculos únicos y significativos que puedan llegar a cambiar el apego de los adolescentes, pasando de una interacción marcada por la desconfianza y la individualidad, a una relación donde predomine una base segura y de confianza.

Otra cuestión es: ¿Cómo mantener el deber de secreto profesional en un entorno judicial con solicitudes constantes de información sobre la evolución de un menor, sobre su situación clínica, social y familiar? ¿Cómo potenciar la confidencialidad en el manejo de la información terapéutica? ¿Queda afectada la relación terapéutica con el menor y su familia?

En la reflexión realizada por el equipo clínico se consensuó que toda información aportada sobre una persona atendida en nuestra unidad a petición del Juzgado de Menores, o para cualquier otra institución que participe en el cuidado adolescente, sería informada al propio joven

El secreto sobre la propia esfera de intimidad está regulado en la Constitución Española (artículo 18). La Ley 41/2002 recoge aspectos relacionados con el manejo de la información y la intimidad de las personas. La Ley orgánica de Protección de Datos de 1999, garantiza y protege los datos personales, las libertades y los derechos de las personas.

Beauchamp y Childress⁹ sostienen que la confidencialidad es necesaria para que el paciente pueda aportar información completa sobre su salud, sin ello no es posible el diagnóstico preciso y los tratamientos efectivos. La confidencialidad es un derecho y también una obligación. Los profesionales sanitarios en el ámbito del sistema

judicial de menores tienen un compromiso con el adolescente, el cual comparte su intimidad para una finalidad concreta relacionada con su salud mental. El paciente tiene derecho a que no se revele aquello que expresa íntimamente y en una relación terapéutica. En la reflexión realizada por el equipo clínico de la UT se consensuó que toda información aportada sobre una persona atendida en nuestra unidad a petición del Juzgado de Menores, o para cualquier otra institución que participe en el cuidado del adolescente, sería informada al propio joven, respetando el principio de transparencia, potenciado el conocimiento en relación al uso que se hará de la información. Los profesionales reflexionan conjuntamente con el adolescente en relación al principio de finalidad: para qué se pide la información; garantizando el principio de proporcionalidad: solo se facilita la información necesaria y adecuada; y teniendo en cuenta el principio de autonomía: la información es propiedad del adolescente y por ello debe consentir en la cesión a terceros. También se consensúan los círculos de confidencialidad. Así pues, se establece:

- qué información es íntima y, por lo tanto, se procurará que no sea vulnerable, porque queda circunscrita solo en la relación terapeuta-paciente;
- qué información será compartida con el equipo multidisciplinar que cuida y atiende al adolescente para favorecer y facilitar su curación y recuperación;
- qué información será comunicada a la familia y, por último,
- qué información es imperativo legal y debe ser comunicada a petición del juez para ver la evolución general del menor. Y aquella que justificaría la vulneración de la confidencialidad: riesgo para uno mismo, riesgo para terceros, delitos...

La información transmitida siempre es conocida por el menor, siempre y cuando no haya alteraciones psíquicas

cas que impidan la comprensión de la misma. Los Espacios de reflexión ética permiten compartir inquietudes y son una práctica habitual en nuestra Unidad, así como las consultas en Comités de Ética Asistencial o de Intervención Social.

Reflexiones

El concepto de vulnerabilidad tiene que ver con los diferentes factores de riesgo y la ausencia de factores de protección, los cuales aumentan la probabilidad de que se produzca un daño, un resultado no deseado en la salud. La niñez y la adolescencia son etapas muy vulnerables. En la infancia, por la desprotección ante situaciones de negligencia y maltrato, marginación y deterioro social, por la imposibilidad del infante de comprender y expresar, de denunciar. En la adolescencia, por la desorganización personal, bioquímica, psicológica y social de esta etapa, por el impacto y las demandas que el adolescente recibe del entorno, de la comunidad y de la familia, así como por el hecho de que la mayoría de enfermedades mentales severas se inician en este periodo. Los adolescentes que presentan conductas transgresoras graves que requieren intervención del sistema judicial presentan numerosos factores de riesgo en su evolución, que aumentan la probabilidad de desarrollar una conducta violenta. Requieren intervenciones especializadas, interdisciplinarias y con un abordaje biopsicosocial que priorice la intervención comunitaria.

Las conductas transgresoras denuncian y evidencian las carencias de la sociedad, la familia, las instituciones, así como de los profesionales, en la detección de las necesidades de los niños. La LORPM responsabiliza al adolescente, pero queda abierto el debate sobre la responsabilidad de la familia, de las instituciones...

La importancia que la sociedad concede al fenómeno de la delincuencia juvenil requiere respuestas, construidas a partir de tres pilares básicos: la prevención, medidas reparadoras educativas, rehabilitación y reinserción social del adolescente transgresor. Asimismo, la percepción social distorsionada sobre esta realidad hace necesarias políticas de información adecuadas, veraces, que primen el interés superior del menor. El interés superior del menor incluye también una reflexión por parte de la sociedad, de la familia, de las insti-

La ética aplicada a la relación asistencial se convierte en un elemento fundamental para el tratamiento de situaciones de alta complejidad

tuciones, de los políticos. Los menores tienen derecho a una información ajustada y coherente, que evite sensacionalismos generadores de estigma y alarma social, tienen derecho a un tratamiento individual, único, basado en la libertad de elección y la autonomía; tienen derecho a intervenciones con especialistas expertos y con una amplia formación y experiencia técnica, con una visión ética incorporada al abordaje de la situación.

La ética aplicada a la relación asistencial se convierte en un elemento fundamental para el tratamiento de situaciones de alta complejidad. Deben propiciarse espacios de reflexión y deliberación ética entre los miembros de todo equipo interdisciplinar e interdepartamental que trabaje con menores y adolescentes multiproble-

máticos. La formación en aspectos éticos y procesos de deliberación ética es hoy en día imprescindible.

Referencias bibliográficas

1. Aberasturi A, Knobel M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós; 1988.
2. Álvarez Ruiz, J.C. et al. Los problemas de salud infantil. Tendencias en los países desarrollados. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu; 2008.
3. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2012.
4. Wood J, et al. An Examination of the Relationships Between Violence Exposure, Posttraumatic Stress Symptomatology, and Delinquent Activity. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2002; 6: 127-147.
5. Winnicott C. Deprivation and Delinquency. New York: Tavistock Publications; 1954.
6. Chitsabesan P, Kroll L, Biley S, Kenning C, Sneider S, MacDonald W, Theodosiou L. Mental health needs of young offenders in custody and in the community. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 188: 534-40.
7. Jiménez Díaz MJ. Algunas reflexiones sobre la responsabilidad penal de los menores. *Revista electrónica de Ciencia Penal y Criminología [en línea]*. 2015; N. 17-19. [Consultado el 15 de octubre de 2016]. Disponible a: <http://criminet.ugr.es/recpc/17/recpc17-19.pdf>
8. Varona D. ¿Somos los españoles punitivos?: Actitudes punitivas y reforma penal en España. *Indret: Revista para el análisis del Derecho [en línea]*. 2009. [Consultado el 15 de octubre de 2016]. Disponible a: <http://www.indret.com/pdf/599.pdf>
9. Beauchamp T, Childress J. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999.