

Área 4: Novedades técnicas.

Título: **Menores infractores y salud mental.**

Autor: Carlos Belda Grindley y José Manuel Molinero Roldán

Correo e.: cbelda@fmyv.org

Palabras clave: menores infractores, salud mental, tratamiento ambulatorio.

Resumen:

Los menores que cometen infracciones no son enfermos mentales. Sin embargo existe un porcentaje considerable de estos menores (según los estudios entre un 20 y un 80%) que en algún momento de su desarrollo presentan distintos problemas psicológicos o trastornos de Salud Mental. Este grupo de menores reúne una serie de características diferenciadoras de los menores infractores que no presentan problemas de salud mental y de los menores-adolescentes que sí presentan problemas de salud mental pero que no cometen infracciones.

La presente comunicación pretende identificar a este grupo de menores, dar cuenta de las características observadas en esta población y de las implicaciones que tiene su atención dentro del sistema de justicia juvenil, de cómo afectan los trastornos psicológicos al paso de los menores por el sistema de justicia juvenil, además de abordar algunas cuestiones básicas a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo el tratamiento con los menores que suelen conformar este grupo social. Así mismo se pretende examinar el estado de nuestro conocimiento sobre los menores infractores con trastornos psicológicos y sus consecuencias a la hora de abordar a nivel terapéutico problemáticas sociales y familiares mezcladas con trastornos psicológicos.

Una vez hecha una delimitación del grupo que pretendemos tratar y estudiar, nos centramos en una de las cuestiones fundamentales que afectan a distintos agentes del sistema de justicia juvenil, esta cuestión es la detección de necesidades de salud mental en menores infractores desde los equipos psicosociales y otros dispositivos o entidades colaboradoras para la aplicación de medidas judiciales de menores. Teniendo en cuenta que los dispositivos que deben detectar estas necesidades en primera instancia no están especializados en salud mental o en psicología clínica, debemos desarrollar instrumentos que ayuden a los técnicos de estos equipos a identificar a los menores que deben ser atendidos en un recurso terapéutico especializado, si es que se quieren atender las necesidades que el menor pueda tener para su adecuado desarrollo durante su paso por el sistema de justicia juvenil. Se exponen pues los indicadores que pueden ayudarnos a decidir derivar a un menor a recursos de salud mental específicos y algunos instrumentos diseñados específicamente para tal fin.

Por último se apuntan las investigaciones que serían necesarias para poder integrar la práctica con la investigación y permitan obtener un conocimiento básico que guíe los programas de prevención destinados a menores infractores.

Subject area 4: Technical novelties.

Title: **Juvenile offenders and mental health.**

Author: Carlos Belda Grindley y José Manuel Molinero Roldán

e-mail address: cbelda@fmyv.org

Key words: juvenile offenders, mental health, outpatient treatment.

Summary:

This paper deals with the subject of juvenile offenders with mental health needs in Spain. Firstly, we show epidemiological data on the prevalence of mental disorders and among juvenile offenders. We can see these data have been increased in the last decades. Secondly, we make a standard profile of the juvenile offenders treated in two mental health services in Andalusia (Spain) and we give arguments for the suitability of specific mental health units for juvenile offenders rather than treat them in general population mental health units. Likewise, we consider that specific screening tools are needed to better detect mental health needs. Finally, we suggest some good practice advices in order to improve the attention given to juvenile offenders with mental health needs in Spain.

Comunicación completa:

1. INTRODUCCIÓN: El panorama de los Menores Infractores en relación a la Salud Mental

Durante años estuvo vigente la teoría según la cual las personas que cometían delitos eran enfermos o sufrían algún trastorno mental y ello explicaba su comportamiento delincuente. En la medida en la que se ha ido estudiando se ha comprobado que esto no es así, aunque lo que sí parece existir es una mayor prevalencia de trastornos psicológicos entre menores infractores que entre los adolescentes de la población general. En España no disponemos de datos específicos sobre la prevalencia de los trastornos mentales o psicológicos entre los menores infractores, los datos de que disponemos provienen de estudios realizados en Europa o Estados Unidos.

Los datos pueden variar de unos estudios a otros en función de los instrumentos utilizados para medir, de los informantes de esos instrumentos y de si los criterios adoptados son síntomas clínicamente relevantes o los criterios del Sistema de Diagnóstico DSM-IV o la CIE. En 1997 aproximadamente entre un 12% y un 15% de la **población adolescente general** presentaba algún tipo de trastorno psicológico. En 2002 se estimaba que la prevalencia era ya de un 20%, de los cuales la mitad (10%) presentaban un trastorno psicológico grave (Services, 2002). Las estimaciones en cuanto a depresión se sitúan entre un 5%-9%, para trastornos de conducta entre un 6%-31% y para abuso en el consumo de sustancias entre un 5%-9% (Stiffman,

Chen, Elze, & Dore, 1997). Aproximadamente la mitad (56%) de estos menores reciben atención especializada para el tratamiento de esos trastornos (Cohen, Kasen, Brook, & Struening, 1991). Los que más probabilidad de recibir atención psicológica tienen son los que presentan trastornos de conducta y los que menos probabilidad de ser atendidos son los que presentan trastornos depresivos (Stiffman, Chen, Elze, & Dore, 1997). Esto quiere decir que se presta más atención a los trastornos “externalizantes” que a los “internalizantes”, es decir depende del impacto del trastorno sobre los adultos (pone de manifiesto la poca precisión de los sistemas de detección/screening o el no uso de los mismos). La baja tasa de búsqueda de atención psicológica por parte de los adultos o los menores explica en parte los pocos recursos de salud mental pública que existen para esta población. Dado que los menores buscan ayuda psicológica en muy pocas ocasiones, deben ser los profesionales en contacto con estos menores los que detecten y soliciten la atención especializada necesaria. En el sistema público son cuatro los ámbitos que pueden desempeñar esta función: el sistema de protección infantil y servicios sociales, el sistema de reforma juvenil, el sistema educativo y el sistema de salud.

Pero **¿cuál es el panorama de la salud mental con los menores infractores?** En la población de menores infractores en Estados Unidos, la prevalencia de trastornos psicológicos es de dos a tres veces mayor que en la población general, siendo graves uno de cada cinco casos. La proporción de menores que son tratados por estos trastornos es inferior al 50% a pesar de ser evaluados por los equipos técnicos adscritos a las Fiscalías de Menores.

Parece ser que la **consciencia del sistema** para con estos problemas ha aumentado, tanto para las necesidades de la población general como para la de menores infractores. En relación a este tema, la Ley 5/2000 supuso un avance en ese aspecto ya que reconoce como una de las medidas a aplicar la de tratamiento ambulatorio especializado en salud mental para los menores a los que se aplique. La aprobación y desarrollo de esta Ley (5/2000) trajo consigo que se crearan dispositivos específicos para la atención de las necesidades en salud mental de estos menores y dar cumplimiento a las medidas de tratamiento ambulatorio en salud mental, lo que ha permitido adecuar los programas de intervención a las particularidades que estos menores presentan además de las patologías psicológicas por las que son derivados.

En cuanto a los **perfiles de menores** que hemos encontrado en algunos de los recursos específicos de tratamiento ambulatorio en salud mental para menores infractores se observa que:

- La edad media con la que suelen cometer el delito es de 16,4 años.
- En cuanto al sexo, las cifras varían dependiendo de que exista un centro de internamiento femenino o no en la zona. Los datos oscilan entre un 22%-35% de chicas y un 65%-77% de chicos.
- El 97% de los menores no han llegado al último curso de la ESO y entorno a un 80% presenta absentismo escolar.
- Los delitos que han cometido los menores que nos llegan suelen ser en su mayoría maltrato familiar (49%), la otra mitad se reparte entre delitos de robo con violencia, agresión sexual o robo con fuerza.

- En cuanto a la duración de las medidas de tratamiento ambulatorio: un 42% duran entre 6 y 12 meses un 27% duran entre 12 y 18 meses y un 19 % duran entre 3 y 6 meses.
- Las familias suelen ser en su mayoría formadas por 2 o 3 hijos, la mitad de ellas monoparentales y la mayoría no viven en entornos sociales deprimidos o con economía precaria, suelen presentar sucesos traumáticos en un 73% de los casos, con presencia de violencia familiar en un 57% de los casos. Un 55% de las familias presentan pautas educativas contrarias y aproximadamente la mitad presentan falta de supervisión sobre los hijos. Un 54% de las familias reconocen el delito y colaboran en el tratamiento.
- En cuanto a las características de los menores un 77% presenta baja empatía, un 77% carencias afectivas en su desarrollo y un 94% problemas con el cumplimiento de normas. Un 97% tienen baja tolerancia a la frustración y un 84% presenta en su historia conductas disruptivas básicas (rabietas, no seguimiento de instrucciones y comportamientos destructivos). El 48% de los casos reconocen el delito y colaboran en el tratamiento.
- En cuanto a los trastornos encontrados, el más frecuente es el trastorno disocial (aprox. 20%), en segundo lugar el consumo de sustancias (en torno a un 14%), luego sigue un grupo de trastornos iguales en prevalencia (trastornos de ansiedad, trastornos negativista desafiante, trastornos del estado de ánimo, el trastorno límite de personalidad y en el grupo menos prevalente (inferior al 5%) se recogen casos de trastornos adaptativos, del control de impulsos, trastornos obsesivo compulsivos, trastornos paranoides, esquizoides y trastornos psicóticos.

3. IMPLICACIONES DEL SISTEMA PARA CON ESTOS MENORES

Hablaremos ahora de algunas cuestiones que afectan a la atención de los menores infractores con necesidades de salud mental y que tienen que ver con la organización dentro del sistema:

En primer lugar, la **detección de estas necesidades** es una cuestión que aún no está resuelta, sobre todo porque no contamos en España con instrumentos específicos para la detección de necesidades de salud mental en los menores infractores. Las evaluaciones suelen llevarse a cabo con instrumentos genéricos como tests de personalidad u otros cuestionarios que sí están adaptados a población española. Según hemos podido comprobar en la práctica esta situación da lugar a que sean derivados en sentencia menores que tienen necesidades leves de tratamiento psicológico/psiquiátrico y que sin embargo menores que presentan necesidades más graves no nos sean derivados en un principio y nos llegan cuando ya están cumpliendo otra medida (de libertad vigilada, convivencia en piso o internamiento) y son detectadas a posteriori estas necesidades. En ningún caso queremos decir que no se realicen de manera correcta las valoraciones iniciales, sino que no contamos con instrumentos ágiles y precisos para llevar a cabo esa detección antes de proponer las medidas. Sea por lo que fuere esta situación nos ha llevado a hacernos una pregunta, *¿cuáles son los criterios que se siguen para derivar o no a un menor a tratamiento ambulatorio dentro del sistema de justicia juvenil?*

Para responder a esta pregunta lo primero que hicimos fue trasladársela directamente a las personas que deben recomendar esa derivación. No hay una respuesta clara a esa pregunta, pero según hemos comprobado en los casos que nos llegan a los servicios de tratamiento ambulatorio, hay un alto porcentaje de casos en los que se da violencia familiar de los menores hacia los adultos, los casos de agresión sexual también suelen llegarnos a nosotros y los casos que tienen un diagnóstico psiquiátrico o psicológico previo o que han estado ya en tratamiento psicológico o psiquiátrico anteriormente. Por tanto si queremos atender adecuadamente las necesidades de salud mental de los menores infractores, no basta con tener recursos destinados a ello sino que debemos contar con instrumentos que hagan posible la correcta detección. Como solución a esta situación actualmente contamos con una guía no estandarizada para orientar en las decisiones de derivación o no al recurso de tratamiento ambulatorio y actualmente se está trabajando en la adaptación del autoinforme de 52 preguntas cortas MAYSI-2 (Massachusetts Youth Screening Instrument-Version 2) a población española. Otro instrumento de utilización generalizada en estos casos es la entrevista estructurada DISC-V (Diagnostic Interview Schedule for Children, versión 5) que permite realizar la entrevista mediante un sistema de voz a través del ordenador.

En cuanto a **los recursos**, existen ya algunos recursos específicos para atender las necesidades de salud mental de los menores infractores en algunas zonas del territorio español. En otras zonas se ha continuado abordando los casos de menores infractores con tratamiento ambulatorio desde los servicios generales de salud mental pública. Sobre este punto se ha creado cierta controversia acerca de qué es más efectivo: que a los menores infractores los atiendan en el sistema de salud mental público o en recursos específicos creados para tal fin y especializados en esta población. En ambos casos se trata de recursos públicos, unos concertados y otros propios del sistema de salud, por lo que se cumple con los principios que deben inspirar la ejecución de medidas (según el Reglamento de la Ley 5/2000 desarrollado en el RD. 1774/2004). Las características que presentan los recursos que atienden a los menores infractores en sus necesidades de salud mental serían:

RECURSOS GENERALES UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	RECURSOS ESPECÍFICOS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO EN SALUD MENTAL
<ul style="list-style-type: none"> • Baja frecuencia en las sesiones de evaluación y tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta frecuencia de las sesiones de evaluación y tratamiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Escasa producción de informes y otros documentos requeridos por los Juzgados de Menores y la Entidad Pública correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emisión de los documentos estipulados en la Ley 5/2000 y el Reglamento 1774/2004: Programa Individualizado de Ejecución de la Medida, Planes de Tratamiento e Informes periódicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Informes clínicos generales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes clínicos que incluyen información sobre

	los comportamientos relacionados directamente con los actos delictivos, además de la situación familiar y social general del menor.
• Horarios fijos de mañana.	• Adecuación de Horarios de mañana y tarde para no interferir con la resocialización del menor en otras áreas (educativa y/o laboral)
• Atención a toda la población infantil y adolescente.	• Especialización y formación continua en la población atendida y el tipo de problemática abordada.
• Carácter permanente (= Garantía de continuidad) dado que son recursos propios de la Administración Pública de Salud.	• Carácter temporal (= No garantía de continuidad) dado su carácter concertado.

En cualquier caso para dilucidar qué opción resulta más eficaz en resultados y en coste deben llevarse a cabo estudios que lo demuestren.

Una cuestión básica y que está relacionada en cierta manera con la especificidad de los recursos es la **voluntariedad para el tratamiento**. Los menores a los que se les impone una medida judicial de tratamiento ambulatorio no eligen recibir tratamiento psicológico, esto supone una dificultad añadida para el abordaje terapéutico. De hecho aproximadamente la mitad de los menores que se atienden en estos servicios no aceptan la ayuda recibida y requieren un trabajo extra para alcanzar el reconocimiento de la necesidad de recibir tratamiento psicológico. En las unidades de salud mental no adscritas al sistema de justicia, ya sean públicas o privadas no trabajan con esta variable ya que las personas que acuden a la consulta de salud mental lo hacen voluntariamente, por necesidad manifiesta.

En este sentido la **selección y aprobación de programas de intervención** debería hacerse teniendo en cuenta las evidencias con respecto a su efectividad, a su impacto sobre otros aspectos relacionados con la conducta delictiva (situación familiar, adaptación social del menor) y a su viabilidad/rentabilidad o relación coste/beneficio. Para ello sería necesario un sistema de evaluación de programas que permita obtener índices de estas variables de funcionamiento y tomar luego las decisiones basadas en los resultados de esas evaluaciones.

Un aspecto clave para la eficacia de estos recursos públicos o concertados, es la **coordinación** que debe llevarse a cabo entre las instancias que trabajan con el menor. Cada actuación de un técnico dentro del sistema de justicia juvenil afecta a la evolución general del menor en su vida y en el transcurso de la medida judicial. En la práctica observamos que a veces se actúa con los

menores sin tener en cuenta qué aprenden de las actuaciones que se llevan a cabo con ellos, resultando que desde el sistema de justicia juvenil podemos estar enseñándoles algo que precisamente no queríamos enseñarle. Nos referimos a reforzar comportamientos desadaptados e ignorar comportamientos que cumplen una función de colaboración de estos menores. Estas situaciones se dan en ocasiones por discrepancias entre los técnicos en la forma de abordar determinados comportamientos de los menores, en ese sentido deberían desarrollarse manuales de buenas prácticas que sirvan de referencia a todos los profesionales que intervienen con menores infractores a nivel jurídico, psicosocial y educativo.

Por último, pero no menos importante, **llamar la atención sobre un aspecto particular**. Según hemos observado en la práctica, podría estar ocurriendo en algunos casos, que el sistema de justicia juvenil se esté convirtiendo en un “último recurso” para menores que llevan tiempo presentando problemas en su comportamiento en la familia y en su entorno social y que al no haberle puesto solución antes de los 14 años, acaban cometiendo algún acto por el que son denunciados como posible solución a esos problemas que ya venía presentando antes de cumplir esa edad y que les hace ingresar en el sistema de justicia juvenil. Esto puede suponer una cierta criminalización de los problemas comportamentales o psicológicos

4. PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN

Los programas de intervención con menores infractores deberían guiarse por resultados basados en evidencias y no por valoraciones subjetivas sobre la bondad o no de los programas. Al menos esta es la tendencia a nivel internacional en los programas de tratamiento.

En cuanto a la metodología a seguir en estos programas podríamos decir que en la fase de evaluación de los programas para tratamiento ambulatorio en salud mental de menores infractores, los aspectos a evaluar serían:

- Los comportamientos disruptivos.
- Los comportamientos adaptativos.
- Eventos que actúan como reforzadores para el menor.
- Eventos que actúan como estímulos aversivos para el menor.
- Eventos privados evitados.
- Comportamientos al servicio de la evitación.
- Patrón de actividades generales que realiza el menor.
- Pautas de interacción social y personal.
- Valores y metas.
- Actitudes con respecto al delito y a la medida judicial.
- Pautas de actuación de los familiares.

Además de toda esta información, debemos realizar un análisis funcional que nos permita conocer cuáles son las condiciones en las que el menor adquirió los comportamientos disruptivos, qué variables los mantienen y cuáles son las dificultades para actuar en dirección hacia los valores.

Con respecto al abordaje terapéutico, éste debería incluir a los menores y sus familias o educadores. Los estudios que han comparado la eficacia de los

tratamientos con estas poblaciones coinciden en señalar la Terapia Familiar Funcional y las terapias Multisistémicas como las más eficaces a nivel familiar, mientras que a nivel individual las que mejor resultado han dado han sido las terapias conductuales en general y la terapia dialéctica conductual en particular.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como hemos podido comprobar el fenómeno de los trastornos mentales entre los menores infractores ha aumentado en las últimas décadas. En España se han creado algunos recursos específicos para atender estas necesidades dentro del sistema de justicia juvenil, pero se estima que la atención especializada llega aproximadamente a la mitad de los que la necesitan. A primera vista parece que atender a los menores infractores con recursos específicos da mejor resultado que atenderles en los recursos para la población general, aunque esta cuestión debe contrastarse mediante estudios rigurosos. Se pone de manifiesto que no existen instrumentos que ayuden a los profesionales a detectar con precisión las necesidades de los menores infractores en cuanto a su salud mental. Por tanto como recomendaciones para mejorar la atención en salud mental de los menores infractores se proponen:

- Elaboración de manuales de buenas prácticas con menores infractores para profesionales tanto del ámbito jurídico como del ámbito psico-social, de manera que se fomente la coordinación de las actuaciones de estos profesionales y redunden en un mayor beneficio para la resocialización y recuperación de los menores.
- Elaboración y puesta en práctica de programas de prevención para los menores de 14 años destinados a evitar que el sistema de justicia juvenil se convierta en el último recurso para menores que llevan años con problemas comportamentales sin resolver o para menores denunciados por sus familias.
- Impulsar la adaptación de instrumentos de detección-screening de las necesidades de atención en salud mental para menores infractores.
- Fomentar el desarrollo de estudios de investigación que comprueben cuáles son las intervenciones más eficaces, según las evidencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cohen, P., Kasen, S., Brook, J. S., & Struening, E. L. (1991). Diagnostic predictors of treatment patterns in a cohort of adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 30, 989-993.

Grisso, T. (2004). *Double Jeopardy: Adolescent Offenders with Mental Disorders*. Chicago: The University of Chicago Press.

Services, U. S. D. o. H. a. H. (2002). *Mental Health: A Report of the Surgeon General—Executive Summary*. Rockville, MD: U.S.: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

Stiffman, A., Chen, Y., Elze, D., & Dore, P. (1997). Adolescents' and providers' perspectives on the need for and use of mental health services. *Journal of Adolescent Health, 21*, 335-342.