

¿DENUNCIAR O NO DENUNCIAR?

Carmen Martínez González. Pediatra. Magíster en Bioética.

Coordinadora del Comité de Bioética de la AEP

Artículo publicado en la sección de Humanidades Médicas de

Rev Clin Esp.2015;215: 188-9.

<http://www.revclinesp.es/es/denunciar-o-no-denunciar/articulo/S0014256514002926/>

En el cálido ambiente de confidencialidad de la consulta del profesional sanitario, en ocasiones se respira una atmósfera asfixiante de confesionario. Las valiosas teorías aprendidas de nuestros maestros sobre la necesidad de visualizar *problemas* éticos (analizar el amplio abanico de hechos y valores¹ en conflicto) sin convertirlos en *dilemas* (contextos de decisión sí/no), parecen inútiles apremiados por la necesidad de tomar una decisión rápida y acertada. Y excesivamente influidos por la generalizada tendencia al enfoque basado en la responsabilidad jurídica, somos reacios a valorar otro tipo de análisis cuando asoma una duda legal. Ésta es la dificultad del caso que presentamos, que ciertamente presenta un problema legal importante.

“No se lo digas a nadie”: el caso.

Se trata de un adolescente varón de 14 años de edad que acude con sus padres (una familia conocida por el pediatra desde hace años) a la consulta de atención primaria, por alteraciones de conducta. Refieren que el chico no obedece, grita e insulta, patina por la casa, no respeta horarios de comidas, salidas, etc. y solicitan un psicólogo. Al iniciar la conversación el joven pide hablar a solas con el profesional, hecho que provoca un gesto de disgusto claro en los padres, aunque acceden a salir de la consulta.

Durante la entrevista individual, el adolescente cuenta visiblemente angustiado que el padre, para corregir su comportamiento, le pega frecuentemente con cinturón desde que está en tratamiento antidepresivo por un problema laboral. El pediatra considera verosímil el relato del maltrato por la claridad y coherencia de los hechos, el tono del relato y el estado emocional del paciente. Pero el chico le pide clara e insistentemente confidencialidad: “no quiero que se lo digas a mis padres ni a nadie”. La exploración física en ese momento es normal.

La incertidumbre del profesional

El profesional que valore el problema desde el punto de vista legal estrictamente, verá claro que la ley obliga a denunciar el maltrato en menores. Sin embargo, el que tenga en cuenta algo más que este análisis, no podrá olvidar la petición de confidencialidad del paciente. Se preguntará *qué debo hacer, qué es lo correcto o lo incorrecto*, preguntas que, aunque no se formulen con palabras, nos hacemos siempre que afrontamos un caso que pone en juego valores, como la confidencialidad². Es decir, sabremos que estamos ante un problema ético cuando una situación nos lleva a hacernos este tipo de preguntas, frente a las cuales no valen guías ni protocolos clínicos.

En el nivel de los hechos, no hace falta recurrir a muchas teorías para reconocer el maltrato físico en este paciente. El miedo, la angustia al relatarlo, la causalidad (uso de la violencia como correctivo) y la reacción de los padres ante la petición de una entrevista a solas, hacen verosímil el relato aunque en ese momento no hubiera lesiones. Aunque el adolescente está en el intervalo de edad (entre 12 y 16 años) en el cual la Ley Básica de Autonomía del paciente (LBAP)³ permite tomar algunas decisiones de salud, la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor⁴ obliga a denunciar las situaciones de maltrato y desamparo de menores.

El dilema está servido: ¿qué actitud tomar frente a una obligación legal (denunciar el maltrato a un menor) y otra moral (el secreto) claramente opuestas?. ¿Qué debemos hacer: respetar la confidencialidad que pide el adolescente de 14 años, o cumplir con la ley que obliga a la protección del menor?.

La deliberación

Valorar los matices convierte una situación dilemática en problemática, enriquece nuestra propia deliberación⁵ y aporta datos necesarios para tomar decisiones clínicas. En este caso algunos matices importantes son: la dificultad para determinar cuál es el umbral de sospecha razonable para intervenir ante un posible maltrato (no hay que olvidar que en ese momento no había lesiones); el paciente aunque es menor, tiene edad suficiente para poder buscar ayuda fuera de su casa en caso de necesidad; los hechos parecen ocurrir en una familia normalizada en la que incide un evento psicosocial desestabilizador (padre deprimido y sin trabajo); y por último, existe la posibilidad de que la denuncia tenga consecuencias negativas en las relaciones afectivas familiares.

Lo cierto es que la adolescencia es una edad temida por los profesionales sanitarios cuando plantea problemas éticos⁶. Temblamos, en ocasiones como esta, cuando tenemos que elegir entre valores como la *confidencialidad* y el *mayor beneficio para el paciente*⁷, probablemente porque no acabamos de aceptar (aunque haya motivos éticos y legales para ello) que “autonomía” es algo más que un concepto teórico⁸ y, consecuentemente, tampoco asumimos la progresiva capacidad para decidir de los menores⁹. En la práctica, el conocimiento teórico del derecho a la confidencialidad de los adolescentes no parece garantizar su aplicación¹⁰, ni es de gran ayuda la seguridad jurídica de aplicar el criterio de edad que marca la LBAP, porque no todos los adolescentes de la misma edad tienen la misma madurez, ni todos los contextos de decisión, los mismo factores psicosociales y afectivos^{11, 12}.

Por otro lado el maltrato infantil es un problema complejo y cargado de aspectos éticos¹³, en donde confluyen deberes, derechos, valores, consecuencias para el niño y la familia e incluso aspectos controvertidos. En nuestra sociedad consideramos maltrato una bofetada o un cachete, pero pocos considerarían como tal la privación afectiva que supone vivir fuera de la familia estudiando inglés, o pasar mucho tiempo fuera de casa, de actividad en actividad sin tiempo para jugar, descansar o disfrutar de padres o hermanos.

En definitiva, frente al maltrato también debemos tomar decisiones prudentes, que son las que conjugan los datos clínicos y el juicio moral en un marco legal¹⁴. No podemos legalmente ni debemos moralmente inhibirnos frente a un posible maltrato, pero es importante tener en cuenta las consecuencias de activar la vía legal exclusivamente (*fiat justitia pereat mundos*, que se haga justicia aunque caiga el mundo).

Instalado en los matices y asumiendo una buena dosis de incertidumbre, el pediatra decidió respetar la petición de confidencialidad del adolescente en ese momento, planteándole una decisión revisable en función de la evolución, con su compromiso explícito de volver a la consulta si la situación empeoraba y de acudir al servicio de salud mental donde también trataban al padre. La evolución fue favorable y sin nuevos episodios violentos.

¹ Martínez González C, Sánchez Jacob M. Bioética, pediatría y medicina basada en los valores. An Pediatr Contin. 2011; 9: 397-402.

² Pérez-Cárceles MD, Pereñíguez JE, Osuna E, Pérez-Flores D, Luna A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction? *J Med Ethics*. 2006; 32:329-34.

³ Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>.

⁴ Ley Orgánica 1/1996 del 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/1996/01/17/pdfs/A01225-38.pdf>.

⁵ Gracia, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 18-23.

⁶ Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 179-190.

⁷ Martín Espíldora MN, Altisent Trota R, Delgado Marroquín MT. La intimidad, la confidencialidad y el secreto médico en la relación clínica con adolescentes. En: De los Reyes M, Sánchez-Jacob M (Editores): *Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena*. Madrid: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha 2010; 341-8.

⁸ Martínez González C. Aspectos éticos en la adolescencia: del menor maduro al adulto autónomo. *Adolescere. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia* 2013; 12 : 22-6.

⁹ Ogando Díaz B, García Pérez C. Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro. *Pediatr Integral* 2007; 11:877-883.

¹⁰ Wadman R, Thul D, Elliott AS, Kennedy AP, Mitchell I, Pinzon JL. Adolescent confidentiality: Understanding and practices of health care providers. *Paediatr Child Health*. 2014;19:11-4.

¹¹ Raymundo MM, Goldim JR. Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent. *J Med Ethics* 2008; 34 602-05.

¹² Esquerda Aresté M, Fernández Miquel E. El consentimiento informado en el menor : evaluación de la competencia para decidir sobre su salud. En: De los Reyes M, Sánchez-Jacob M (Editores): *Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena*. Madrid: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha 2010; 367-73.

¹³ Martínez-González C. Aspectos éticos del maltrato infantil. En: De los Reyes M, Sánchez-Jacob M (Editores): *Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena*. Madrid: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha 2010; 281-6.

¹⁴ Montalvo Jääskeläinen F. ¿Por qué una medicina de la adolescencia? Una reflexión desde el Derecho. *Adolescere. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia* 2013; 12 :27-37.