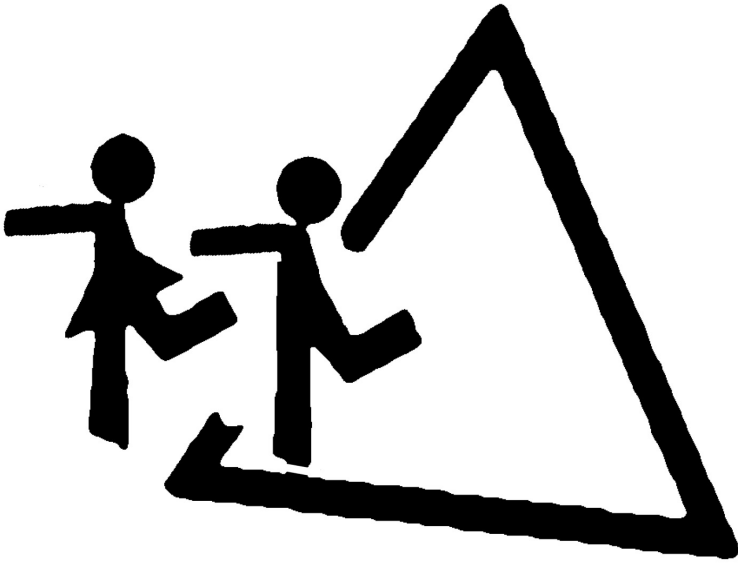


INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES: ENCIERRO, PSIQUIATRIA E INDUSTRIA FARMACEÚTICA	5
BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS TIPOS DE PSICOFÁRMACOS	6
CONTEXTUALIZACIÓN DE LA LEY PENAL 5/00 Y LAS CÁRCELES DE MENORES	12
MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL	23
QUÉ ESTA PASANDO EN LAS CÁRCELES DE MENORES CON EL SUMINISTRO DE PSICOFÁRMACOS?	33
CONCLUSIONES	42
ANEXO: EL NIÑO HIPERACTIVO	54
BIBLIOGRAFIA	76



COL·LECTIU TXINORRIS (barcelona)

El dossier que empiezas a leer, es un trabajo hecho por un grupo de gente que desde hace unos años se ha ido empapando de una realidad tan dura como silenciada: **la ley penal y las cárceles de menores**; con la intención de dar una versión diferente, incluso antagónica, a la institucional; aquella que esconde el (su) maltrato a la infancia y a la adolescencia; y como parte de éste, el suministro de psicofármacos dentro de estas cárceles. Una práctica que, desde un principio, hace dudar sobre la función que tienen los psicofármacos en este contexto.

Es por eso que nos decidimos a investigar sobre este tema.

Toda la indagación se centra en las cárceles de menores de Cataluña, que son de gestión pública, hecho diferencial del resto de las comunidades, que casi todas son de gestión privada y la realidad de las cuales, tanto con el suministro de psicofármacos como con el maltrato institucional es aún más duro y crudo para l*s xaval*s.

La principal fuente de información son las entrevistas, tanto a educador*s como a xaval*s que han sido encerradas en estas cárceles. También a una psiquiatra que trabaja en la atención primaria a la infancia y a la adolescencia, para dar una perspectiva crítica sobre el suministro de psicofármacos en esta etapa vital. Y a J. Funes, psicólogo que trabaja con adolescentes y exresponsable del área de menores del Síndic de Greuges de Catalunya, por el conocimiento de las cárceles de menores que pudiera tener, aunque se trate de una visión totalmente institucionalizada.

En cuanto a la estructura del dossier, hemos hecho una breve contextualización acerca de la psiquiatría y la industria farmacéutica, ya que la administración de psicofármacos en las cárceles de menores no se podía enfocar como una realidad aislada, sino dentro del auge de la psicofarmacología en la sociedad (*la era del prozac*). La industria farmacéutica ha generado la justificación teórica necesaria para legitimar la expansión de los psicofármacos. También hemos hecho una breve referencia al concepto y a la evolución de la idea de encierro, ya que a lo largo de la historia se ha encerrado y maltratado a aquell*s que se salían de la “norma”, inadaptad*s a la lógica dominante...

Consideramos importante también, situar el contexto actual de la legislación penal de menores y de sus cárceles, para lo que contamos con la colaboración de la Colla Xicalla (muchas gracias), para poder, en definitiva acercarnos al tema central de dossier. El que se adentra en el proceso por el cual, en las cárceles de menores, much*s de l*s intern*s acaban medicad*s con pautas psicofarmacológicas muy fuertes.

Éste es un trabajo modesto pero hecho con mucha ilusión y rabia, una investigación que nos a puesto (y todavía lo hace) los pelos de punta. Elaborado con ánimo de despertar ganas de mirar más allá e invitar a la reflexión (sobretudo a aquell*s personas que se definen como educadoras).

Con mucho cariño a todas las que habéis estado con nosotras y a aquellas que no cierran los ojos delante de agresiones y maltratos.

Col.lectiu Txinorris

UNIÓN DEL CONCEPTO DE LOCURA Y CIERRE

Cada sistema de Poder, ha intentado encerrar la mente entre normas, adaptarse en función de algunos estándares. Las personas que se han desviado de lo establecido en cada momento y contexto, han sido encarceladas, víctimas de experimentos, humilladas, exterminadas; y al mismo tiempo el castigo de las desviadas ha servido como prevención de la desviación dando miedo a las personas con una mentalidad “normal” y recompensando su “normalidad”.

El origen del encarcelamiento psiquiátrico en Occidente está ligado a la política del encierro de los pobres, indigentes y huérfanos en la Europa postmedieval.

Desde la segunda mitad del siglo XVI en adelante, empezaron a aparecer en Europa, después de haber sido inaugurados en Gran Bretaña, una serie de work-houses (el Bridwell británico, los raspa-huis o Spin-huis holandeses, el Hospital General francés, las Zuchthousern de Alemania, la Casa di Lavoro italiana, o las Casas de la Caridad o de la Misericordia catalanas y españolas).

Nació así la idea de que la respuesta más adecuada frente a los problemas representados por enfermedades, disturbios y peligros era la de secuestrar a sus protagonistas en espacios restringidos y separados de la sociedad.

En el siglo XVIII, la industrialización margina a una considerable porción de la población urbana, la cual, por la política de limpieza de las “basuras” humanas de las calles, fue llevada a todo tipo de correccionales y casas de confinamiento.

Foucault, refiriéndose a este período histórico, habla del “*gran encierro*”, pero comenta que el concepto de “enfermedad mental” aún no existía.

Es dentro del marco ideológico burgués donde aparecerá el gran concepto de la “locura”, en los siglos XVIII y XIX.

En este contexto social, la persona que no pudiera integrarse dentro de los límites de la normalidad construida, sería una alienada.

Al principio, la locura va a ser juzgada por la ética del trabajo. Así que los grupos que no formaran parte del engranaje de la máquina del trabajo serían destinados a cargar con un estigma. Paralelamente, la familia burguesa, con sus exigencias de guardar las apariencias, convirtió en una regla el encierro de los miembros de ésta que se salieran de la idea de normalidad.

PSIQUIATRÍA E INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La modernidad ha construido una ciencia entera sobre la “diferencia”, la cual en las últimas décadas se ha convertido en productiva y rentable. Antes no sólo era considerada peligrosa, sino que además no contribuía a la cadena de producción y consumo. Con la creación de esta “ciencia” se consiguió una doble meta: explicar científicamente el “problema” de l*s “anormales” y, al mismo tiempo, abrir nuevos horizontes respecto a su explotación. “Nuevos” problemas que requieren “nuevas” respuestas, especialistas, investigación, medicalización...

Hasta finales del siglo XVIII no existía la psiquiatría como especialización médica.

La palabra “psiquiatría” fue inventada por Johann Reil el año 1808. La nueva profesión suponía el origen orgánico de las perturbaciones psíquicas (postura biologista).

Los psiquiatras y otros defensores de la doctrina biologista han sido los que pudieron literalizar el concepto abstracto de “enfermedad mental” en una auténtica enfermedad.

Durante el siglo XX la profesión psiquiátrica consolidó su poder y prestigio. La gran “revolución” en psiquiatría moderna ocurrió en la década de los treinta, cuando el asalto al cuerpo (prácticas manicomiales anteriores) fue abandonado por un método más eficaz: asaltar directamente el cerebro.

Se introdujo el choque de Metrazol, el choque de insulina y la electrochoc, sabiendo que mataba células cerebrales. En 1935 fue el año que marcó el nacimiento de la lobotomía (destrucción del tejido cerebral de los lóbulos frontales). Los años cuarenta y cincuenta, se practicaron decenas de miles de lobotomías.

La segunda mitad del siglo XX supone dos cambios significativos para la psiquiatría:

- a. la introducción del uso de neurolépticos, la acción de los cuales podría ser equiparada con la de la lobotomía.
- b. el consorcio entre los psiquiatras y las compañías farmacéuticas.

El primer cambio se relaciona con los inicios de la psicofarmacología moderna que en los países occidentales de los años cincuenta y sesenta coincide con las políticas de bienestar. Estas plantearon, en el campo de la salud mental, la necesidad de una reforma de la atención psiquiátrica, de manera que el eje de la atención pasara de los manicomios a una atención comunitaria.

La aparición de los neurolépticos (medicamentos que se prescriben en el caso de diagnósticos de psicosis y esquizofrenia) ayudaría, supuestamente, al proceso de desinstitucionalización de la salud mental, a conseguir mejorar los síntomas y controlar las conductas de los enfermos mentales más graves.

En los años setenta, la puesta en práctica de las reformas psiquiátricas se encuentra con la crisis del estado de bienestar. Una crisis que contribuyó a la sustitución de las “aspiraciones” de un estado que pretendía ser social, por las “aspiraciones” correspondientes a un estado liberal.

Así, el mercado se constituye como el principal regulador de las relaciones sociales, y el individualismo aparece como valor hegemónico. La inestabilidad y el riesgo caracterizan tanto la cultura como las relaciones sociales, al mismo tiempo que se premia el éxito individual.

No obstante, la frustración que genera esta contradicción provoca diversas formas de sufrimiento, que la industria puede contribuir a medicalizar de diferentes maneras para abrir nuevos mercados. El malestar cultural y social proyectado en el individuo se mercantiliza. El capital humano se ha percibido como central y la salud se ha vuelto un producto de consumo.

En unas décadas, la industria farmacéutica pasa a ser una de las actividades más lucrativas, sólo superada por la industria armamentística. Estas formidables ganancias se explican, en parte, por la potenciación de los departamentos de marketing y el cambio de estrategia de la investigación, que pasa a depender menos de los aspectos clínicos y más de los aspectos de mercado.

CONSECUENCIAS DEL DOMINIO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Frente a la ciencia formal, la psicofarmacología está llena de modelos contrapuestos, respecto al lugar de acción de los fármacos, mecanismos intermedios de acción, e indicaciones y contraindicaciones de los mismos. El razonamiento práctico que realiza cada psiquiatra o médico que prescribe estas drogas, resulta radicalmente distinto. Sin embargo, el argumento de que los psicofármacos son tratamientos específicos de enfermedades específicas, ha ayudado más a la industria a promocionar sus tratamientos y a la psiquiatría a subir de estatus dentro de la medicina, que a los investigadores básicos a formular hipótesis coherentes sobre el funcionamiento de los psicofármacos.

El dominio de dicha industria repercute, entre otras cosas, sobre:

1. La concepción del trastorno mental

a. Cosificación (reducción a la condición de cosa de lo que no lo es) de la enfermedad mental y del sujeto-paciente.

El modelo biomédico ha generado una visión casi hegemónica de la enfermedad mental. Esta se entiende como algo ajeno al individuo en cuanto a su origen, mantenimiento y curación, reduciéndose a un simple desorden de los neurotransmisores que precisa de una medicación para su curación. En esta concepción de la enfermedad mental la “paciente” tiene un rol pasivo y dependiente de un psiquiatra.

Al mismo tiempo, la investigación se reduce a la aplicación en un medio hospitalario de una metodología estadística-correlacional para comprobar hipótesis del contenido biológico.

b. Repercusión sobre la nosología (parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades).

- Nuevos psicofármacos para “nuevas enfermedades”. Primero se vende la enfermedad y después el fármaco. Se descubren nuevas enfermedades como el trastorno de pánico, trastorno por déficit de atención, hiperactividad en l*s niñ*s, fobia social y “la epidemia” de la depresión. Respecto a esta última, desde la comercialización del Prozac han aparecido en el mercado una variedad de grupos de nuevos antidepresivos,

convirtiendo el término “depresión” en sinónimo de infelicidad, tristeza, estrés, malestar o de cualquier sentimiento desagradable por legítimo que sea .

- Nuevas indicaciones de enfermedades para los mismos fármacos. Un producto ya comercializado y conocido, ahora sirve para más cosas de las que servía cuando empezó a comercializarse.

- Ampliación de los límites de la enfermedad. Esta beneficia a todas las compañías farmacéuticas, porque aumenta la demanda, es decir, logra que haya más consumidores (enfermos).

2. El discurso social

En las últimas décadas, la mayoría de las personas diagnosticadas como enfermas mentales, independientemente de su gravedad, tipo de diagnóstico o nivel sanitario en el que son atendidas, son tratados con psicofármacos.

Los últimos indicadores del uso de ansiolíticos y antidepresivos se acercan a este diseño de “fármacos para todo” en algún momento de la vida.

Esta psiquiatrización de la vida cotidiana, sitúa al individuo en el lugar de un espectador pasivo y enfermo ante los acontecimientos de su vida personal y social. Dar pastillas a aquellas que están tristes, I*s niñ*s revoltos*s, las tímidas, las que están nerviosas por cualquier problema cotidiano, supone designar como individuales problemas que pueden tener un sustrato social.

Y aquí es donde confluyen los intereses del Mercado con los del Estado. Se ofrece al Estado una especie de remedio general que sirve, por una parte, para legitimar y posibilitar los ritmos de la vida cotidiana (que tiene unos estándares de trabajo, habitabilidad y sumisión difíciles de admitir), y por otro lado, para recoger todos aquellos problemas que no han sido acogidos o que se han salido de otras agencias estatales reparadoras, imponiendo un control social más intenso.

Paralelamente al descubrimiento de nuevos contextos y a la creación de nueva clientela por parte de la industria farmacéutica, el suministro y el consumo de psicofármacos sigue expandiéndose actualmente en los espacios donde tradicionalmente se han utilizado (con mayor impunidad y de la forma más destructiva): en todas las instituciones de encierro, segrega-

ción y aniquilación del ser humano. Aquí donde nuevos y viejos discursos justifican científicamente o silencian “conspiradamente” el abuso preocupante de las drogas psiquiátricas.

Antes se decía que los manicomios se parecían a las prisiones. Ahora podríamos decir que las prisiones se parecen a los manicomios.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS TIPOS DE PSICOFÁRMACOS

Neurolépticos

Etimológicamente significa 'atador de los nervios'. Se toman para toda la vida cuando el diagnóstico es esquizofrenia, y de forma intermitente para personas diagnosticadas con psicosis maníaco depresiva, con síntomas de hiperactividad o euforia.

Sustituyen a los métodos de choque eléctrico, que acostumbraban a generar ataques de epilepsia, haciendo disolver los delirios de la esquizofrenia de una forma más natural y progresiva. Existen unos conocidos como incisivos, recetados cuando hay síntomas alucinatoris delirantes, como el Haloperidol, y otros más de tipo sedantes, para disminuir síntomas psicóticos y angustia psicótica, como el Sinogan. Los sustitutos de éstos,

presentados en su momento como una revolución farmacológica para justificar su subida de precio, son el Risperdal, que actuaría como el haloperidol, y el Zyprexa, que haría la función del Sinogan.

El neuroléptico crea de forma artificial un medio interno pobre en estímulos, similar a un asilo. Una disminución de la llegada de diferencias al cerebro que permite que la persona diagnosticada de psicosis pueda vivir en un medio rico en estímulos, o sea en sociedad.

Antidepresivos

Inicialmente están indicados y diseñados para actuar sobre sentimientos depresivos endógenos, más ligados al cuerpo que al psíquico, pero diagnosticados y utilizados para cualquier tipo de depresión reactiva, que no endógena, desde un duelo, hasta dolores sin causa.

Los síntomas depresivos se sitúan entre dos extremos caracterizados por la inhibición psicomotriz en uno de ellos y la angustia en el opuesto. Para los síntomas endógenos de inhibición psicomotriz suele prescribir Tofranil o Anafranil, ambos, en depresiones mayores, donde es más probable la base física y hay mayor riesgo suicida. Estos tienen fuertes efectos secundarios extrapiramidalismo, inquietud, sudor y aumento de peso y en muchas ocasiones aumento de la ansiedad.

En el otro extremo, los síntomas ligados a la angustia, a la ansiedad depresiva, por lo que se recetan cócteles de ansiolíticos y antidepresivos ya mezclados.

Ansiolíticos O Tranquilizantes

Son los tranquilizantes menores, que frente a los graves efectos los neurólépticos, logran reducir la ansiedad y la sensación de agitación.

Hay un uso muy generalizado, para trastornos de ansiedad, alteraciones del sueño, alteraciones caracteriales, contracturas musculares, y cualquier alteración que sugiera miedo, dolor o nerviosismo. Suelen producir como un efecto de distanciamiento respecto a la situación real, que hace que se vivan situaciones de miedo o dolor sin importancia.

Frente a una angustia flotante que se inicia al despertar y acompaña todo el día, se suele recetar Lexatim, Tranxilium, Diazepan, como ansiolíticos de vida media larga. En cambio, en el caso de ansiedad en crisis, fobias, o ataques de pánico se recetan Orfidal, Idalpren, Tranquimazin.

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA LEY PENAL 5/00 Y LAS CÁRCELES DE MENORES

Colla Xicalla

Para poder dar una somera explicación a la pregunta ¿ qué son los Centros de Menores? tendríamos en primer lugar que situarlos en el contexto social, político y marco jurídico en que se han desarrollado, y quizás así pudiéramos aproximarnos aunque mínimamente a la realidad que subyace tras ellos.

Los llamados Centros de Menores, llámense Reformatorios, centros de reeducación, o similar son las actuales cárceles construidas para el cumplimiento de las penas de privación de libertad de nuestros niños y jóvenes.

Suponen la parte final en la aplicación de todo un entramado legal, que se concreta en la aplicación de la ley de responsabilidad penal de los menores, en adelante LORPM 5/2000 y el RD 1774/2004 que aprueba el Reglamento de desarrollo de dicha ley.

El sentido de la regulación que tenemos actualmente, viene enmarcado en un contexto histórico-político que ha ido definiendo en los últimos tiempos, cual es la opción que imperaba a la hora de enfrentarse con el conflicto que la trasgresión de la norma penal supone, en relación al tratamiento a dar a los chavales, en este concreto ámbito.

Los modelos básicos de reacción del Estado frente a este tipo de conductas han sido históricamente de tres tipos :

- 1º. **EL LLAMADO TUTELAR.** De carácter paternalista en la intervención, que abarcaba un conglomerado de conductas no estrictamente delictivas sino sintomáticas de un estado peligroso confundiendo los espacios de protección y reforma (sin especialización, sin procedimientos, sin garantías).
- 2º. **EL MODELO DE BIENESTAR EDUCATIVO O ASISTENCIAL:** Propio en los años 60 de los países con un alto grado de desarrollo social, caracterizado por la intervención de los poderes públicos desde la protección y la asistencia a las personas en situación de inferioridad social, con un tratamiento conjunto de los problemas de desigualdad social y delictivas y optando por soluciones con participación comunitaria.

3º. **EL MODELO DE JUSTICIA JUVENIL O DE RESPONSABILIDAD**: Caracterizado por la judicialización de las respuestas ante las infracciones penales, garantista a nivel formal y material, reconociendo a los chavales responsables de sus actos, y potenciando en última instancia la necesidad de protección de la sociedad.

Estos tres sistemas han experimentado a nivel internacional (sobretudo el llamando primer mundo) una evolución, teniendo como punto de partida las distintas concepciones que de la infancia se han ido construyendo en base a un conjunto de necesidades, en las que en ningún momento, se han tenido ni mínimamente en consideración, las de los sujetos a los que iban a ser aplicados, esto es las necesidades de los niños y jóvenes.

Así en la mayor parte del Siglo XX las peculiaridades de la legislación se caracterizaba por la inexistencia de una edad mínima sobre la que actuar, una mezcla de los espacios de protección y reforma, no limitándose la actuación judicial de penalización sobre conductas definidas como delitos o faltas (así las inasistencia al colegio, los desplantes a los padres...etc) en únicos objetos de posibles sentencia por parte de los Jueces en el ámbito de los Tribunales tutelares de menores.

Hacia los años 80 cambia esta perspectiva sobre la infancia y juventud y comienza la elaboración de una nueva concepción, a raíz de una serie de resoluciones y regulación que a nivel internacional comienza a crearse para darle cobertura. Se proclaman las reglas de Beijing, Resolución 40/33 de la Asamblea de las Naciones Unidas de 29/11/1985, se dictan las recomendaciones del Comité de Ministros de Europa de 17/09/1987 y la más importante se aprueba la Convención de los derechos del niño de 1989,

Sobre la misma se concibe que el menor de 18 años, es sujeto de derechos y no objeto de tutela, se reconoce en principio al niño una mayor ámbito de autonomía, de autodeterminación y se elaboran procedimientos de intervención penal para el tratamiento de las conductas infractoras de los mismos. Nueva concepción plasmada en textos internacionales, en el desarrollo de las perspectivas críticas respecto a los efectos reales del sistema penal en la sociedad y sobre los individuos, en la consolidación de la ideología del estado del bienestar y en el intento de la desinstitucionalización de las respuestas penales.

El Estado español, en este devenir se va uniendo poco a poco, aunque con cierto retraso a esta dinámica impuesta desde Europa.

Tras algunas reformas durante la Dictadura de Primo de Rivera, aparecieron en la época mas represiva de la Dictadura franquista los DECRETOS DE 11 DE JUNIO Y 2 DE JULIO DE 1948 (Tribunal Tutelar de Menores) dándose por finalizado el proceso legislativo tutelar.

Sistema que ha permanecido vigente, hasta hace relativamente poco tiempo, debido por un lado a la promulgación de la Constitución española en el año 78 y la ratificación de la Convención de los derechos del niño de 1989, (el 31/12/1990). No podía mantenerse en un “Estado social y democrático de derecho” una normativa que afectaba a nuestros chavales, proviniendo de un régimen dictatorial anterior, aunque no fue sin embargo hasta la SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DE 14/02/1991, donde se declararon contrarios a derecho alguno de los artículos de esta Ley y se promulgó la LO 4/1992 de reforma urgente en la jurisdicción de menores, que ha permanecido en vigor hasta el pasado 13/01/01 que entró en vigor la actual LORPM 5/2000.

Llegados a este momento y en relación a las variantes que se fueron sucediendo en este transitar legislativo, pareció que ya estaba todo hecho, se había conseguido, por fin se dotaba de garantías legales y dentro de un marco jurídico y democrático, a la situación de los chavales en relación a su “responsabilización ” en las conductas infractoras.

Ya no nos encontrábamos con la arbitrariedad de la Jurisdicción de Menores de talante cautelar, ya sabíamos en principio, todas las partes integrantes de este teatro cual era nuestro papel a desempeñar. Ya se contaba con todas las garantías penales de los adultos para el enjuiciamiento de nuestros niños. Ya éramos iguales en derechos y deberes, y por tanto ya formalmente garantizábamos que se les tratase como “responsables “penalmente de sus actos, eso si, con todas las garantías. La cuadratura del círculo.

Así llegamos a la ley que hoy día está en vigor, una ley adjetivada de progresista, que se autodenomina “educativa –sancionadora”, que proclama que no únicamente se encarga del castigo frente a las infracciones, sino que mira mas allá, que tiene en cuenta el tan nombrado “ interés superior del menor”, donde y según el texto de la misma se prima tanto o mas las circunstancias personales, familiares y económicas de los chavales, que la propia definición técnica del delito cometido y su sanción, donde la solfa del re adquiere un protagonismo inusitado (reeducacion, resocialización,

reinserción, ... etc.), por fin se ha logrado, se ha tecnificado y llenado de garantías el maltrato institucional.

Y sin embargo volvemos a caer en la trampa del lenguaje, en la desviación de la mirada hacia otro lado, en la no identificación clara de los protagonistas del drama que se desarrolla cada día en nuestras calles, y por sobre todas las cosas, de la falacia a la hora de abordar posibles soluciones ante este conflicto social.

Caemos en la trampa de pretender solventar las desigualdades que genera la pobreza, la violencia, y la injusticia social a través del sistema punitivo, del instrumento más duro y cruel con el que se dota el Estado para protegerse de las propias desigualdades que el mismo genera; *el derecho penal*.

El derecho penal que en su más íntimo sentido conserva en palabras de Ferrajoli ***“aún rodeado de límites, conserva siempre una intrínseca brutalidad que hace problemática e incierta su legitimidad moral y política” aplicada a los niños.***

Una ley, la LORPM que se viste de garantías pretendiendo ocultar el maltrato que genera, donde el lenguaje vuelve a ser otra trampa que adorna las ofensas donde se llama retención, a la detención, donde se habla de medidas y no de penas, y donde se refiere a centros de reeducación en lugar de cárceles.

Y suma y sigue una ley donde se conceptualiza a las niñas como peligrosas, atendiendo y potenciando el miedo de la sociedad, criminalizando sus actuaciones y encarcelando. Una Ley que desde su exposición de motivos gravita toda su presunta finalidad pedagógica sobre un concepto indefinido e indefinible, antijurídico donde los haya, como el del *“interés superior del menor”* ¿Cuál es ese interés? ¿Será el que les dicta a los chavales su propio instinto de conservación? ¿El que dicten los intereses generales en juego? O quizás ¿lo dicta la empresa comercial subvencionada (Diagrama, O’belen, Nuevo Futuro,) que se encarga de aplicarles la privación de libertad, o la Institución pública en virtud de sus intereses políticos y económicos?

Y como acto último de este enloquecido teatro, sorprenden nuevamente. Si creíamos que hasta aquí la tortura y la humillación ya no podían dar más de sí, nos presentan un Reglamento de desarrollo de la LORPM en el que y a modo de ejemplo, haciendo un poco de pedagogía de la locura se regulan los métodos legales de la tortura.

Las funciones de los Equipos técnicos, de la Policía Judicial y sobretodo la reglas para aplicar la medidas privativas de libertad, esto es la pena de PRISIÓN EN LAS NUEVAS CÁRCELES PARA MENORES, sistemas disciplina-rios internos que permiten el aislamiento en celda interrumpidamente, la utilización de porras, grilletes, como medidas de contención, la regulación de los permisos de salida, las vistas de los familiares,etc., la reglamen-tación en ultima instancia de las cárceles para nuestros niños.

Todas estas y un sinfín mas de “maravillosas” sorpresas tienen su lugar de desarrollo en los denominados Centro de Reeducción, lugares donde el aislamiento, la impunidad y la disciplina son los reyes de la partida.

Centros de menores que a pesar de tener titularidad pública tal y como legalmente viene establecido son en la mayoría de supuestos, y curiosa-mente gestionados por empresas privadas, bajo la cobertura de una forma jurídica inofensiva, léase, asociaciones sin animo de lucro o fundaciones. Donde lo que prima es la rentabilidad económica como primer objetivo a la par que la disciplina y el control de los chavales que bajo su responsabi-lidad cumplen penas de privación de libertad.

Y como se suele decir, un botón sirve de muestra, aquí os mostramos el sistema que desarrolla el Reglamento de desarrollo de la ley de menores, en el régimen a aplicar a los chavales privados de libertad, en derechos fundamentales para cualquier persona presa, sea la que sea la edad que tenga en temas como traslados, comunicaciones y visitas, permisos o el régimen disciplinario que se aplica:

1.- Traslados (art.35): La Ley Orgánica 5/00, llamada Ley Penal del Menor, señalaba en su artículo 46 que la entidad pública *“designará el centro más adecuado para su ejecución de entre los más cercanos al domicilio del menor en los que existan plazas disponibles para la ejecución por la entidad pública competente en cada caso. El traslado a otro centro distinto de los anteriores sólo se podrá fundamentar en el interés del menor de ser alejado de su entorno familiar y social y requerirá en todo caso la aprobación del Juez de Menores que haya dictado la Sentencia”.*

No obstante, el Reglamento incluye en su artículo 35 que el menor podrá ser trasladado a un centro de *“una Comunidad Autónoma diferente al del Juzgado de Menores que haya dictado la resolución de interna-miento, previa autorización de este, en los casos siguientes: ...c) Cuan-*

do la entidad pública competente, por razones temporales de plena ocupación de sus centros o POR OTRAS CAUSAS, carezca de plaza disponible adecuada al régimen o al tipo de internamiento impuesto y disponga de plaza en otra comunidad autónoma”.

- 2.- **Comunicaciones (art. 40 a 43):** Se copia el diseño establecido en el Reglamento Penitenciario para los mayores de edad, estableciéndose mínimos que al final en la práctica se han convertido en máximos, en concreto dos visitas por semana, que se podrán acumular en una, de 40 minutos de duración (no se aclara si cada una de ellas o la acumulada), con un límite de 4 personas simultáneas (al igual que en las Prisiones), una visita de convivencia familiar al mes de 3 horas mínimas, un vis a vis mensual de duración mínima de 1 hora y dos llamadas telefónicas por semana de 10 minutos. El horario de todo lo anterior será determinado por cada Centro.
- 3.- **Derecho de defensa (art. 41.6):** Va más allá de lo establecido para los presos mayores, y de la propia Ley del Menor, pues limita la comunicación establecida en dicha Ley “*a comunicarse reservadamente con sus Letrados*” (art. 56.i), al señalar el artículo 41.6 del Reglamento que el abogado además de acreditarse deberá presentar la “*designación o documento en el que conste como defensor o representante del menor en las causas que se sigan contra él o por las cuales estuviere internado*”.
- 4.- **Permisos de salida (art. 45 a 49):** Se establece al igual que para los mayores un régimen jurídico muy restrictivo, obviando que lo superior es el interés del menor y no la seguridad exterior. Establece un máximo de 60 días y 40 días para los internados en régimen abierto y semiabierto, casi igualando el duro régimen de prisión de 48 y 36 días respectivamente. No se prevé permiso de salida para los internados en régimen cerrado hasta el cumplimiento de 1/3, tratándose al igual que los mayores a los cuales se les exige un periodo de seguridad.
- 5.- **Cacheos (art. 54.5, d):** Se copia casi literalmente el artículo 68 del Reglamento Penitenciario, tratándolo como un mayor. Se le obliga a desnudo integral en determinados casos.
- 6.- **Seguridad (art. 54.8):** Se abren las puertas al acceso de guardias de seguridad en el interior de los Centros de Reforma, lo que termina de

identificar estos Centros con las Prisiones. Este artículo indica como se prima la seguridad al tratamiento de los menores. Podrán portar medios tales como defensas de gomas.

7.- Medios de contención (artículo 55): Este es uno de los artículos más polémicos, pues se autoriza la utilización de defensas de gomas, sujeción mecánica, aislamiento provisional y contención física personal, copiándose otra vez el Reglamento Penitenciario (artículo 72 del mismo), que habla eso sí de Medios Coercitivos. En relación con el mismo hay que señalar que el Reglamento excede claramente la Ley, pues esta mantenía en su artículo 59.2 que se podrán utilizar exclusivamente los **medios de contención** que se establecieran reglamentariamente, pero el Reglamento incluye como medios de contención las defensas de goma y el aislamiento provisional.

8.- Régimen Disciplinario(artículo 59): El procedimiento disciplinario es el mismo que el establecido para los presos mayores de edad, con reducción de plazos y algún trámite dilatador. Sorprende que la tipificación de faltas muy graves, graves y leves sea más duro que el de mayores, de tal forma que se consideran como muy graves hechos que son graves para los mayores, tales como introducir o consumir drogas o bebidas alcohólicas o poseer objetos prohibidos. Para estas infracciones prevé el reglamento separación de tres a cinco fines de semana, mientras que para los mayores como máximo cinco días. El Reglamento llega a tipificar como falta grave retornar al centro tras la hora prevista aún en el mismo día.

Y después de todo esto, ¿creemos realmente que el derecho penal a través de sus leyes y reglamentos va a resolver algo? ¿Alguien puede pensar que en estos mal llamados Centros de reeducación alguna persona puede conseguir salir indemne de todo ello?”

“Mucha magia y mucha suerte tienen
que tener l@s niñ@s que consiguen ser niñ@s
(Eduardo Galeano: “La escuela del mundo al revés”)

MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

Hemos considerado importante revisar el marco jurídico e institucional de lo que se define como “centros educativos”, para ver si existe alguna referencia específica sobre la administración de psicofármacos, ya que de ninguna manera se puede considerar ésta una práctica educativa.

Hemos revisado la ley penal del menor, el reglamento de aplicación de la ley, el borrador del reglamento de régimen interno de los centros de internamiento de justicia juvenil y el reglamento de régimen interno del CE l’Alzina.

En cuanto a la ley 5/00 de responsabilidad penal del menor (ley penal del menor), se habla de que la vida en los centros debe basarse en la vida en el exterior, respetando el principio de resocialización (artículo 55) . Viendo el porcentaje de chavales a quienes se administran psicofármacos y sabiendo que la mayoría de estos y estas “se estrenan” como consumidores de estas sustancias una vez se encuentran dentro (como veremos en el análisis de las entrevistas), no parece que este principio se esté aplicando.

También se habla de los derechos de los internos (artículo 56). Aquí se hace referencia al derecho a que se respete su personalidad y al derecho a que la institución vele tanto por su integridad física como por su salud, sin que sean sometidos a trato degradante o malos tratos, ni objeto de rigor arbitrario. En este punto también es bastante cuestionable que se estén aplicando estos derechos, porque (como veremos más adelante), la administración de psicofármacos se basa más en criterios conductuales (quien rompe el orden del centro) que en psicológicos y psiquiátricos. Por tanto, como que priman más los intereses de la institución que los derechos de los y las internas, pensamos que estas sí son sometidas a trato degradante y son objeto de rigor arbitrario.

También se habla del derecho a recibir información sobre la situación personal de los y las internas. Hemos constatado que este derecho no se aplica cuando los psicólogos los diagnostican cualquier “trastorno”, ni cuando el psiquiatra les receta los psicofármacos.

En cuanto al reglamento de aplicación de la ley, de ámbito estatal (al igual que la ley), se habla en el artículo 38 de la obligación de la institución de informar al menor ya sus representantes legales de las intervenciones

médicas y de su estado de salud de forma comprensible. En la mayoría de los casos, no se hacen ni una cosa ni la otra.

Hemos revisado también el borrador de la normativa de funcionamiento interno de los centros de justicia juvenil (noviembre de 2004) donde habla, al igual que en la ley, de que la actividad en los centros de internamiento debe estar inspirada por el principio de que el menor o joven internado es sujeto de derecho y continúa formando parte de la sociedad y, por tanto, la vida allí ha de estar basada en la vida en libertad. Como decíamos antes, papel mojado.

El artículo 93, el capítulo 2, especifica la obligación que tiene la institución de dar una asistencia psicológica individualizada. Al fin, palabras vacías de contenido que permiten a la institución defender sus intereses de orden y disciplina por encima de los derechos de personas internas.

El capítulo 3 habla sobre las funciones de tres de los profesionales que más tienen que ver con la administración de psicofármacos en los centros de internamiento, como son el psiquiatra, el psicólogo y el médico. Pero lo hace muy genéricamente. En cuanto al médico dice: «Sin perjuicio de las funciones que le corresponden como integrante del equipo multidisciplinario, previstas en esta normativa, el médico es el responsable de atender la salud de los menores y jóvenes mediante el ejercicio de la medicina primaria, bajo los tres vertientes: asistencial, preventivo y educativo ». En cuanto al psiquiatra: «Sin perjuicio de las funciones que le corresponden como integrante del equipo multidisciplinario, previstas en esta normativa, el psiquiatra es el responsable de atender la salud mental de los menores y jóvenes mediante el ejercicio de la medicina, bajo los tres vertientes: asistencial, educativo y preventivo ». Y en cuanto al psicólogo: «Sin las funciones que le corresponden como integrante del equipo multidisciplinario, previstas en esta normativa, al psicólogo le corresponde hacer la valoración, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de los menores y jóvenes, especialmente aquellos que presenten alteraciones y problemática psicológicas. También le corresponde colaborar en la orientación profesional y escolar de los menores o jóvenes y en su evaluación y seguimiento ».

Así, vemos que toda intervención psicofarmacológica queda en manos de la subjetividad del psiquiatra.

Por último, el reglamento de régimen interno del CE l'Alzina es un docu-

mento que se entrega al interno, en el que se informa de las normas de funcionamiento y del régimen disciplinario (igual que en las cárceles de adultos). Hay un apartado referente al personal del centro en el que sólo se le dice: «El equipo técnico del centro está compuesto por el asistente social, el psicólogo, el médico, el ATS y un psiquiatra. Estos profesionales se encargan de apoyar a los equipos educativos a fin de llevar a cabo tu proyecto educativo individualizado, y ayudarte a resolver los problemas que puedas tener. También ofrecen a ti y a tu familia la posibilidad de participar en algunas actividades que pueden ayudarte a resolver tus problemas ».

Más adelante habla sobre las visitas médicas. Este es el único momento en el que se hace referencia a las pautas médicas, pero no concreta si estas pautas pueden tratarse de psicofármacos o no: «Cuando tengas que ir al médico tienes que esperar a que se te llame . Según el grupo donde estés asignado en cada momento serás acompañado por un educador o por personal de seguridad del centro. Cuando el médico te haya visitado, dará la pauta médica a los educadores de tu grupo, los cuales te darán la medicación prescrita según la pauta médica establecida por el médico ».

Por último, hay un apartado llamado “régimen disciplinario” en el que se enumeran cuáles son las conductas penalizadas dentro del centro y cuáles los castigos correspondientes. Una de estas conductas es: «Introducir, poseer o consumir en el centro drogas tóxicas, sustancias psicotrópicas o estupefacientes, u otros que estén prohibidas por la normativa de funcionamiento». Es importante señalar que mientras la institución utiliza los psicofármacos, en muchas ocasiones, como camisa de fuerza química para mantener el orden y la disciplina en los centros, dopando a las personas internas, tipifica como falta disciplinaria el consumo de otras sustancias prohibidas, teniendo como único criterio, una vez más, la defensa de sus intereses, por encima de los derechos de los y las internas.

La conclusión a la que llegamos es que la legislación vigente deja en manos del psiquiatra toda la responsabilidad en cuanto a la administración de psicofármacos. Este profesional, será finalmente quien regulará en cada momento cómo actuar. Teniendo en cuenta la dudosa base científica de la psicofarmacología, y la propia subjetividad del psiquiatra, en el día a día de estos centros se acaban dando prácticas psicosanitarias peligrosas y perversas.

¿QUÉ ESTÁ PASANDO EN LOS CENTROS DE MENORES CON EL SUMINISTRO DE PSICOFÁRMACOS?

Para acercarnos a la realidad de los psicofármacos en los centros, hemos intentado seguir una línea cronológica, desde el momento en que los y las chavalas entran al centro hasta que salen de éste. Explicando, desde un punto de vista crítico, qué pasa en las cárceles de menores, y centrándonos en los aspectos que hemos creído más adecuados para describir la situación.

PROCESO DE CONTACTO CON LOS PSICOFÁRMACOS

La mayoría de casos de chavales y chavalas que entran en una cárcel de menores tienen su primer contacto con psicofármacos allí dentro. Esta afirmación es igual de unánime por parte de los y las educadoras como por parte de los chavales y chavalas, a los que ningún médico había recetado este tipo de medicamentos. Uno de los chavales entrevistados dice: *«Antes de entrar allí dentro nunca me habían recetado nada, ni un médico ni nada ... Yo te aseguro que a todos los que conozco que han pasado por centros, a todos les medicaban»*. Esta idea es corroborada por el educador del C.E. L'Alzina que explica: *«Muchos de ellos se estrenan allí dentro. Los que vienen con pautas médicas suelen ser los que provienen de centros de protección y de Justicia Juvenil»*. La única excepción son los casos de los y las chavalas que provienen de centros de protección o de otros centros de justicia juvenil algunos de los cuales sí se están medicando y llegan al centro de internamiento con pautas médicas.

Esta realidad confirma la idea de que la necesidad de medicar a los y a las chavalas es una consecuencia de su inadaptación a estas cárceles y no de la patología mental, “casualmente diagnosticada” nada más llegar a la institución penitenciaria. *«Aquí se suman las necesidades de la institución. Las dificultades educativas para gestionar los conflictos complicados, a veces las necesidades del adolescente que prefiere estar colocado que no activo»*, explica Jaume Funes.

Hay divergencia entre las personas entrevistadas sobre cuáles son las razones para medicar a un o una chavala dentro del centro.

Algunas personas, tanto educadores y educadoras como chavales y chavales, explican que las razones de empezar a medicarse pueden ser para tranquilizar y controlar su comportamiento dentro del centro. Muchas veces sucede después de episodios violentos que haya protagonizado el o la chavala: participación en una pelea, formar parte de un motín, enfadarse con el educador, estar muy nervioso / a, etc. El mismo chaval plantea: *«Muy fácil. A mí me medicaron porque, nada más entrar, la quise liar y fue una forma de decirme: “¡Eh! Tómate esto, cálmate y luego ya veremos. Y yo creo que allí nos medican porque al estar tanto tiempo encerrados ... pues es una manera de tenernos tranquilos. Para no tener peleas cada dos por tres ... Hay gente que lo necesita y hay gente que no pero lo toma para estar más tranquilo y hay gente que se autodroga con eso. Eso depende de la persona ».*

El educador de fines de semana del C.E. Els Til.lers comenta: *«Las medicaciones más fuertes en Til.lers se dan a los chicos más problemáticos, es como ... los aletargan ... Los más violentos o los que tienen conductas más fuertes, son los que tienen las pautas más fuertes. Yo creo que si el nano muestra signos de liarla o de inestabilidad o de mucho nerviosismo ... Nanos que meten “follón” en l’Alzina, porque ha habido muchos motines en l’Alzina-, los envían a Til lers, entonces sí que los ves mucho más dopados ... Te puedo contar aquel caso que me impresionó un poco, de un chaval con problemas de drogodependencia y también de pautas de medicación psiquiátrica por su cuenta. Entonces, en una reunión se le pautó Tranxilium 50 de mañana, tarde y noche; para que se diera cuenta de lo que era ir realmente dopado y los problemas que conllevaba ... Me chocó mucho el argumento de `le hemos hecho esto para que se dé cuenta de que él no puede estar todo el día tan dopado ».*

Algunos educadores plantean que otra forma habitual de empezar a medicarse es que sea el o la propia chavala la que pida visita al psiquiatra. El ex educador de Til.lers comenta que *«los medicamentos forman parte de la cotidianidad y son, en muchos casos, los mismos menores los que te los piden. Ellos tienen en la cabeza que la medicación les hace llevar un día a día más tranquilo y agradable, por tanto, forma parte de su cotidianidad y lo eligen a diario ... Cuando un nano ya lleva tiempo en el centro y no lleva ningún tratamiento de un psiquiatra de fuera del centro, por influencia y mimetismo de sus compañeros, empieza a pedir que quiere tratamiento psicológico y con psicofármacos. Una moda que se crea entre los mismos*

chavales y que, según ellos, les hace pasar el día más rápido, más ameno». Y el educador del C.E. L'Alzina también plantea que *«en la mayoría de casos, los chicos van al psiquiatra y se inventan los síntomas para poder tomar la medicación»*.

Por último, también las situaciones de crisis pueden ser un punto de partida en el consumo de psicofármacos. En estas ocasiones la medicación puede utilizarse como una herramienta más para “tranquilizar” al interno. Se puede utilizar algún medicamento por vía oral o aumentar la dosis si ya se están tomando psicofármacos. Los educadores llaman al médico de guardia para que indique qué psicofármacos o qué cantidad se le debe suministrar (ya que no se encuentra ningún médico de guardia en el centro). Como dice el educador de fines de semana del C.E. Els Til.lers: *«La pauta es llamar al médico de guardia para ver qué le receta. Si no toma medicación, de entrada se le da una tila, una aspirina ... o un ansiolítico suave. Si toma medicación, generalmente el médico dice que se le aumente. Por ejemplo, si toma diez gotas de Sinogan, el médico te dice que le pongas cinco más »*.

PSICOFÁRMACOS MÁS HABITUALES

Estos son: Sinogan (en gotas o en pastilla), Risperdal, Zyprexa y haloperidol (neurolépticos); Orfidal, Tranxilium y Trankimazin (ansiolíticos); Lormet (tranquilizante); Prozac (antidepresivo) y Rubifen (psicoestimulante).

Según un ex educador, *«en algunos módulos más del 60 por ciento de los menores internados toman medicación antipsicótica (neurolépticos) y entre el 80 y el 90 por ciento toman medicación psiquiátrica, en ambos casos y en su mayoría por primera vez, es decir, estos adolescentes no consumían estos medicamentos antes de entrar en los centros, tal y como sabe cualquiera que haya trabajado recientemente en ellos »*.

En referencia a las dosis, un educador de fines de semana dice: *«Son las típicas pautas de tres dosis al día: mañana, tarde y noche. Las dosis más fuertes son las de la noche, antes de ir a dormir »*.

DIAGNÓSTICOS

En los centros de internamiento, como en cualquier otro contexto en el que hay prescripción psicofarmacológica, es necesaria una especie de fundamentación científica, por parte del profesional de la psiquiatría, que

explique el problema mental que sufre el “paciente”. Esta fundamentación tiene el problema de no ser estrictamente científica, ya que, por ejemplo, es el “profesional” que determina subjetivamente si los síntomas observados en el “paciente” se dan en un grado normal o son susceptibles de ser considerados enfermedad.

Así lo establece el propio manual profesional psiquiátrico, el DSM (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). En definitiva, eso es el diagnóstico, la explicación supuestamente científica del problema mental, más o menos importante, del “paciente”.

Los trastornos mentales en adolescentes, por otro lado, son muy difíciles de diagnosticar. Según explica una psiquiatra especializada en atención a la infancia y a la adolescencia *«hace falta haber visitado al chaval muchísimas veces, haber valorado muchísimo. Si trabajas con chaval, sabes lo rápido que cambian de estado de humor y lo que es la vivencia del tiempo. Cuando un chaval está mal, cree que va a estar mal para siempre, son muy cambiantes»*.

Y las consecuencias de una medicación en base a un diagnóstico equivocado pueden ser muy graves, por ejemplo con la depresión: *«Si a alguien que no es depresivo, le dan un antidepresivo, le pueden producir una hipomanía, una fase maníaca producida por los fármacos. Así que ese diagnóstico en adolescentes es súper peligroso»*.

Jaume Funes, hace una reflexión que gira alrededor de esta relatividad de los diagnósticos en adolescentes, y va más allá, hablando de la proliferación de los psicofármacos en la vida cotidiana, lo que llama «sociedad farmacológica»: *«La mayoría de las dificultades de personalidad y de relación que presentan los adolescentes no pueden ser catalogadas de trastornos mentales. Hay categorías típicas, como el trastorno disocial de la personalidad, que son verdaderos cajones de sastre en los que colocar cosas diversas. Sólo habría dos o tres categorías en las que nos pondríamos todos de acuerdo, como un principio de esquizofrenia. Cuando entramos a hablar de lo que se dice “las sociopatías”, es muy complicado hacer definiciones, porque qué hay de provisional y que de posible síntoma? Estamos en una sociedad química en la que ante cualquier malestar, cualquier ciudadano busca un remedio, y la sociedad farmacológica lo que hace es facilitar un remedio químico ante situaciones, muchas de las cuales no tienen remedio o en todo caso tienen otro tipo de remedio. Ante conductas complejas*

como las del adolescente, la tentación de utilizar un fármaco es muy alta. El remedio más fácil es el fármaco; si además te encuentras con algunos adolescentes a los que ya les está bien, y si encima te encuentras con una institución que lo que necesita es que la gente esté tranquila, pues automáticamente nos encontramos con que cuantas más pastillas mejor, menos problemas tenemos ».

Hay que sumar el hecho de que en el estado español no existe la especialidad en psiquiatría infanto-juvenil, es decir, no hay una formación específica. Además, *«gracias al marketing de la industria farmacéutica, se ha pasado de realizar unas terapias más psicoanalíticas, de trabajar con las familias y de medicar poco, a centrar la terapia en la administración de psicofármacos»*, explica la psiquiatra entrevistada.

La peculiaridad de los centros de internamiento de menores (y del resto de instituciones de reclusión) es que se diagnostica bajo condiciones de vida muy duras. Por tanto, creemos importante cuestionar los diagnósticos que allí dentro se dan, e incluso, si estos centros pueden, por sí mismos, generar problemas o enfermedades mentales.

Por tanto, entendemos que muchos diagnósticos realizados por los psiquiatras en los centros (que como hemos dicho utilizan el DSM) se realizan en función de una acumulación de síntomas que, supuestamente, tiene el chaval, más bien respondiendo a las necesidades del propio centro, y sin dar respuesta a las del propio chaval.

«Al final acaba pasando lo mismo que en las cárceles, y es que se acaban convirtiendo en instituciones iatrogénicas, es decir, generan enfermedades a partir de la atención, generando una gran dependencia farmacológica para gestionar las dificultades», explica Jaume Funes.

Los diagnósticos más comunes en los centros de internamiento son los de hiperactividad, disociabilidad, negativismo desafiante, depresión, ansiedad, trastorno límite de la personalidad y rasgos psicóticos. Hay una clara tendencia por parte de los y las educadoras de no conocerlos, es decir, realizan la función de suministrar psicofármacos sin saber el porqué. Un educador dice: *«No conozco los diagnósticos. No todo el mundo está enterado de los trastornos de los chavales, yo no lo estoy, ni de los efectos de los psicofármacos...»*. Y otro: *«Yo, diagnósticos no he visto nunca. Quizás en una reunión se te puede dar una pincelada, pero no es una for-*

mación». Un educador de CRAE nos explica: *«Es difícil saber si el equipo educativo es consciente del trastorno del menor y de la medicación que suministra... muy poca gente sabe lo que está suministrando»*.

El colectivo de educadores «no sé» van más allá y hablan de cómo suelen interpretar, de manera superficial, y precisamente por no tener un conocimiento al respecto, los diagnósticos de los y las internas: *<<Los educadores no suelen saber mucho y el diagnóstico suelen recibirlo como un mensaje de que el o la chavala está biológicamente “tarada”, es decir, la estigmatizan ... Sobre tipos de psicofármacos, efectos ... los educadores y la mayoría de los psicólogos no tienen la más mínima idea, aunque irresponsablemente los suministran de forma peligrosa »*.

El educador o educadora de referencia del o la interna, es decir, el o la tutora, suele tener más información al respecto, ya que participa de las reuniones del equipo multidisciplinar (tutor/a, coordinador/a del módulo, trabajador/a social, psicólogo y/o psiquiatra, y a veces el o la directora del centro), que planifica y ejecuta, de espaldas al propio interno, su PEI (proyecto educativo individualizado). El PEI, es el itinerario “educativo” que los “profesionales” marcan a cada interno durante el proceso de reclusión, de cara a su reeducación, incluyendo aspectos psicológicos, relacionales, educativos (asistencia a las aulas, talleres...) y sobre todo de adaptación y sumisión a la institución. Se basa en un modelo conductista (premio / castigo) de fases, por el que si el interno va logrando los objetivos que la institución le marca va pasando a módulos en los que las condiciones son gradualmente mejores; si no los alcanza va retrocediendo a módulos más duros.

Aunque estos diagnósticos fueran reales, muchos de estos podrían considerarse consecuencia directa del hecho de vivir en condiciones de reclusión y disciplinarias muy duras. Pero, tal y como dicen educadores/as y chavales/as que lo han vivido en primera persona, demasiado a menudo los diagnósticos se convierten en un simple pretexto con el que justificar una medicación psicofarmacológica, que más que como tratamiento terapéutico, actúa como camisa de fuerza química. El educador de CRAE introduce la cuestión de la medicalización de la conducta conflictiva: *«Se suministran por dos causas diferenciables: la primera, por enfermedades neuronales (psicosis...); la segunda, más problemática desde un punto de vista ético, es lo que llaman “trastorno de conducta”»*.

Otro educador (de fines de semana) sigue en esta línea, va más allá y

explica un caso realmente escalofriante: «*Las medicaciones más fuertes en Til.ers se dan a los chicos más problemáticos, los aletargan; los más violentos o los que tienen conductas más fuertes son los que tienen pautas más fuertes. Te puedo contar aquel caso, de un chaval con problemas de drogodependencia y también de pautas de medicación psiquiátrica por su cuenta; era muy demandante de medicación. Entonces en una reunión se le pautó Tranxilium 50mg., mañana, tarde y noche, para que él se diera cuenta de lo que era ir dopado realmente y los problemas que conllevaba ir tan dopado. Iba dopadísimo, imagínate tres Tranxilium 50mg. al día... babeando...entonces cuando pasó una semana se le cambió por una medicación más ... que según el nano ... “esto se parece a las anfetaminas”, y era el Rubifen. Me chocó mucho el argumento: “Hemos hecho esto como estrategia educativa para que se dé cuenta de que él no puede estar todo el día tan dopado”. Sí, me dijeron “mira ha hecho eso el psiquiatra para que el nano éste se dé cuenta de las ventajas que tiene ir dopado»... Pero es que esto salió así al aire ... Verlo por el módulo como iba ... A veces tienes muchos chavales, no los puedes controlar a todos y yo qué sé, yendo tan dopado se puede caer, se puede hacer daño... ».*

Este tipo de situaciones hacen pensar que, ya que en muchos casos se suministran psicofármacos como consecuencia de conductas que rompen el orden del centro, este orden es más importante que la salud de los y las internas. Es decir, se impone el «todo vale» para mantener el orden y la disciplina.

Los mismos chavales y chavales que han pasado por esta situación lo viven así, como nos dice uno de ellos en la entrevista: «*Depende de cómo te comportas te dan más medicación o menos. La primera vez que la lié me dieron Orfidal y Trankimazin antes de almorzar. A raíz de eso, ya por la mañana y por la noche Orfidal y Trankimazin ».*

También habla sobre la relatividad de los diagnósticos de los psicólogos y psiquiatras: «*Realmente depende de cómo tú actúas, es decir, si tú me das una impresión y yo soy un psicólogo o un psiquiatra, pues yo tengo una manera de pensar, y te voy a evaluar así. No me voy a comer la cabeza de si estás así o asá, yo según cómo te vea te voy a decir: - Tómatelas o no te las tomes! ».* Y sobre como la misma psiquiatra hacía referencia a que el motivo directo de la medicación era su conducta y no cualquier problema mental: «*Lo único que me dijo, la primera psiquiatra que me visitó, era*

que iba a estar medicándome durante seis meses pero que dependía de mi comportamiento si era más o menos tiempo». En otro momento de la entrevista, habla de la sensación de inevitabilidad en cuanto a los psicofármacos: «Cuando uno tiene el pensamiento que se va a trabajar tiene eso en la cabeza, yo lo hacía así, cuando estuve en l'Alzina, lo estuve haciendo así. Yo estuve trabajando con la jefa de l'Alzina quince días... Iba a trabajar y no me drogaba, y era llegar allí y pam... me drogaba, y siempre así, entonces ahí no te recuperas. Y cuando sales das una imagen que no es». Hay que decir que cuando habla de drogas hace referencia a los psicofármacos, y no a cualquier otro tipo de sustancias.

Una de las chicas entrevistadas, preguntada por si piensa que el resto de chavalas y chavales internos en el centro donde estuvo tenían algún problema mental importante, dice: «No, de los noventa que somos habrá dos que sí y el resto, no».

Se podría concluir que son aquellas condiciones de reclusión, de orden y disciplina duras, de las cuales ya hemos hablado (y nos han hablado), las que finalmente acaban generando conductas que rompen la “paz” del centro y que dan como resultado pautas psicofarmacológicas. Más adelante, el chaval lo expresa más claramente: «Si te portas bien, no tienes problemas, si te portas mal, te castigan, te medican, ya sabes. Si eras muy problemático, te daban muchas pastillas, y si la liabas poco, te daban pero menos dosis; yo te aseguro que todos los que conozco que han pasado por centros, a todos los medicaban ».

EFFECTOS DE LOS PSICOFARMACOS

En primer lugar nos referimos a los efectos que experimentan los y las internas la primera vez que toman psicofármacos. La visión entre los y las educadoras (entrevistadas) no varía en cuanto a los efectos que experimentan los y las chavalas, pero sí en cuanto a si les gusta o no tomarlos. El colectivo «no sé» nos habla de que los chavales no entienden los efectos: «No entienden lo que están experimentando ya que en la mayoría de los casos no les explican lo que les puede pasar tomando esta serie de fármacos y lo entienden como un rasgo propio». Por otro lado, una exeducadora de l'Alzina opina que más allá de no entender los efectos, les gusta tomarlos: «Se sienten dopa-

dos y colocados, pero contentos, pues también toman medicación... Lo inhabitual es el nano que no la toma o no te la pide».

No resulta demasiado difícil imaginar y comprender hasta qué punto «colocarse» puede representar una forma más soportable de pasar el día a día en este tipo de centros de internamiento.

Más allá de la primera vez que los toman, los educadores coinciden bastante en la opinión de que los y las chavalas, bajo los efectos de los psicofármacos, se encuentran «dopados», como dice una ex educadora: *«Tal está colocado, no se aguanta ni de pie».* Pero hay más efectos, como nos continúa diciendo: *«Generalmente les da sueño y paranoias, pues se notan cortos de reflejos y con gran pesadez de cuerpo. Dopados, con poca lucidez, más cansados, fácilmente irritables y pasivos».*

Uno de los chavales habla, como apuntaba el colectivo «no sé», desde el punto de vista de quien no sabe lo que le sucede: *«A mí me daba miedo tomarme las pastillas, lo que te puede pasar... y además todos están drogados, y te da miedo qué paranoia tendrán el resto de tus compañeros en la cabeza, por eso la mitad de la gente siempre estaba separada».* Incluso habla de cómo los psicofármacos condicionan la relación con el resto de compañeros: *«En principio todos nos llevábamos bien, todos hablábamos mucho... pero cuando vas drogado no pensabas en qué tal le va a éste, sino pensabas ¿qué paranoia tendrá ahora éste en la cabeza?»>>.*

A nivel físico, también habla de este “ir dopado”: *«En el caso de los orfidales, te dejan todo “grogui”, te piensas que te acabas de levantar, y todo el día estás así. A nivel físico, te engordas y te quedas muy flojo, no tienes fuerza. Estaba todo el santo día drogado, cuesta mucho quemar las grasas, y no tienes pensamientos tuyos, sólo cuando estás en tu habitación ».*

Otra chica entrevistada habla de los efectos físicos, introduciendo la cuestión de la dependencia a los psicofármacos: *«Sé que luego te enganchas. En mi caso, yo he engordado diez kilos en tres meses más o menos ».* También hace referencia a cómo veía a compañeras

bajo los efectos de los psicofármacos: «*Vi a chavalas que se les caía la baba*».

El educador de fines de semana del C.E. Els Til.lers dice: «... *de efectos, pues un poco “zombies”, lentitud de movimientos, apatía, poco habladores, despistados*»; también dice que hay chavales que incluso rechazan la mediación de la mañana y la tarde «*porque les chafa mucho*». También habla de los traslados de internos de un centro a otros «... *nanos que meten “follón” en l’Alzina, porque ha habido muchos motines en l’Alzina, y los envían a Til.lers, entonces sí que los ves muy muy dopados*».

La psiquiatra consultada explica cuál sería la manera correcta a la hora de llevar a cabo un tratamiento psicofarmacológico, en cuanto a la adecuación entre el diagnóstico y el psicofármaco pertinente: «*Cuando empiezas a suministrar medicación a un adolescente, tendrías que darle primero un fármaco. E ir viendo al chaval muy seguido... y esperar por lo menos seis semanas. Si das dos fármacos de golpe, ya no sabes qué efectos tienen, ya no sabes cuál es por cuál. Y además los dos fármacos interaccionan, con lo cual es un cóctel...*».

Se vuelve a poner sobre la mesa el debate respecto a cuál es la finalidad de los psicofármacos en los centros de internamiento de menores, y por tanto sobre la intencionalidad de la institución en conseguir este efecto dopante sobre las y los internos.

¿QUIEN ADMINISTRA LOS PSICOFÁRMACOS? ¿CÓMO SE ADMINISTRAN?

¿QUÉ PAPEL JUEGA EL O LA EDUCADORA SOCIAL AL RESPECTO?

Sobre el derecho de los educadores a negarse a suministrarlos, en general, no se dan casos; esta es la sensación general. Una ex educadora de l’Alzina nos dice: «*el suministro de psicofármacos entra dentro de las*

tareas del educador, pues no hay ningún ATS en el centro para esta tarea y si yo no lo hago lo debe hacer el compañero». Aquí la propia educadora reconoce que ella no forma parte del personal sanitario, como decíamos antes, pero igualmente se hace.

Es el educador o educadora de turno quien se encarga de administrar, siempre, los psicofármacos. Ya hemos visto antes como, en general, no tienen conocimiento de los diagnósticos de los y las internas. Tampoco tienen conocimiento de lo que son los psicofármacos, más allá de algunos de los nombres más habituales. Las educadoras y educadores que trabajan en estos centros de internamiento nunca han recibido la formación necesaria, ni en la universidad, ni de forma más superficial en el mismo centro, de manera que no tienen un criterio propio para poder realizar este tipo de trabajo, no son personal sanitario ni psiquiátrico. No lo consideró así el TSJC (Tribunal Superior de Justicia de Catalunya), cuando desestimó una demanda en este sentido interpuesta por un educador. Los argumentos del TSJC eran que el suministro de psicofármacos forma parte de la función de control que tienen las y los educadores sociales.

La asunción por parte de los y las educadoras sociales de este rol como algo natural, llega hasta el punto que algunos no saben si se podrían negar o no porque no ha pasado nunca. Un educador del C.E. Els Til.lers comenta: *«No sé si puedes negarse o no. Yo confío en el otro profesional que es quien diagnostica y receta los medicamentos».* Y un educador de CRAE: *«Nunca se ha planteado».* Aunque no suele pasar, un educador del C.E. Els Til.lers de fines de semana añade que no sentaría muy bien: *«No lo he visto nunca que alguien se negase a dar medicación, creo que sentaría mal que alguien dijera eso; tu trabajo es darla, administrársela... Allí la medicación se da tranquilamente... Nadie se cuestiona...».* El colectivo «no sé» habla de un tipo de consecuencia: *«En general, si te niegas no pasa nada, simplemente otro educador suministra los psicofármacos y ya, eso sí, aumentas tu mala fama; es decir, la correlación de fuerzas es lo que prima».*

Por tanto, se puede concluir que más allá del derecho legal de los y las educadoras a negarse o no, lo importante es que en general casi ningún educador o educadora se plantea esta cuestión. En algunos casos, ni siquiera saben si pueden o no negarse a ello, aunque parece que en la práctica si alguien lo hace, el educador o educadora *«de al lado»* los suministra, y quizás siente mal a instancias superiores (coordinadores de módulo,

director/ra...). Y, por último, recordamos que, los tribunales admitieron, también, que esta es una tarea enmarcada dentro de las funciones de control de los y las educadoras sociales en los centros de internamiento de menores. No estaría de más que, el gremio de educadores y educadoras sociales (en este caso concreto los que trabajan en los centros de internamiento de menores, pero por extensión también el resto) reflexionara en torno a cuál es, en la práctica, en su día a día, su verdadera función, si la de promover la autonomía de las personas o colectivos a los que atienden, o la de servir a los intereses de la institución o empresa que les paga, que en este caso, no son más que castigar e imponer un modelo educativo basado en la disciplina, la sumisión y un orden que se acerca al militar. La práctica de administrar psicofármacos no es en ningún caso una tarea educativa. Forma parte de una estrategia de control de los y las internas, y para muchos educadores resulta más cómodo interiorizar como natural estas prácticas que cuestionar la lógica institucional.

En cuanto a cómo se administran estos psicofármacos, los y las educadoras, por norma, las suministran de tal manera que los y las chavales no los puedan engañar: *«Toda la medicación psicotrópica debe ir triturada, para que los chicos no te engañen»*. *«El educador coge las pastillas para cada nano y las administra machacadas.»* Sin embargo, el colectivo «no sé» comenta: *<<los y las educadoras sociales controlan que no se la guarden o la tiren, o la den a otro menor, o la vendan. Por ejemplo, se suelen romper las píldoras, o se abren las cápsulas y se obligan a tomar en forma de polvo con agua, y ante el educador se obliga a enseñar la boca, para comprobar que no esconden la medicación bajo la lengua...ya véis qué baja ha caído la profesión»*.

Una de las chavalas cuenta así el proceso: *«...(Te las dan) los educadores de turno, en un vaso de agua con dos pastillas, y te las tienes que tomar delante del educador. Y luego les enseñas la lengua para que vean que te las has tomado»*.

Según otro chaval entrevistado: *«Los mismos educadores de turno eran los que me ponían las pastillas, así como si fuera un cigarro por la mañana... La pastilla y un vaso de agua... Va pasando por cada habitación, hace la ronda, pero al mediodía, antes de comer te las da, y aquí sí que te las da delante de todos ... Incluso las condenas y todo las decían en público, a veces chillando, mucho tacto no tenían, no guardo un buen recuerdo de allí>>*. También hace referencia a cómo se sentía por el hecho de este su-

ministro en público: *«Si te digo la verdad, al principio me daba vergüenza, pero luego, como vas toda drogada, ya te da igual».*

Por tanto, el suministro de psicofármacos no se hace en privado, como insiste una chavala: *«... Pública, claro, si allí todo el mundo se toma pastillas, tienes que ir al despacho de los educadores. Por ejemplo, dicen, “¡venga, la medicación!” y nosotras nos ponemos en fila delante de la puerta del despacho, y fuera en el pasillo nos la van dando y ya está».*

Sobre el papel del educador, en cuanto a quién y cómo se toman las decisiones sobre la intención de querer dejar, reducir o aumentar la medicación, el chaval explica: *«Tú primero se lo comentas al educador y luego él decide si tiene que pedir visita al psicólogo o al psiquiatra... Depende de la imagen que des harán una cosa u otra. En la mayoría de los casos son los educadores los que disminuyen o aumentan la dosis. Yo he visto cómo a colegas míos las han bajado de repente las dosis y luego subírselas de golpe ».*

Es importante insistir en que, los y las educadoras, no son personal con la formación necesaria para poder realizar esta tarea, sino que, en todo caso, sería función de personal sanitario, el cual no existe en los centros de internamiento de menores.

TERAPIA

La terapia que reciben los y las chavales con una patología diagnosticada suele ser exclusivamente psicofarmacológica. Hay seguimiento por parte del psicólogo y del psiquiatra, aunque en cada centro de menores la regularidad de las visitas varía. De las entrevistas hemos extraído que en Til-lers los psicólogos acostumbran a visitar una vez a la semana, y en el centro Alzina una o dos veces al mes.

Debemos destacar que tanto chavales como educadores hacen referencia a que la demanda de atención psicológica no está cubierta: *«Los chavales se quejan bastante que el médico visita poco, porque claro, que haya uno para dos centros con capacidad cada uno para casi 80 nanos ... ».* Otro educador aclara que pocas veces esta demanda es satisfecha: *«Debe ser de mucha urgencia para que visiten la misma semana».*

«No todos los que toman (psicofármacos) tienen terapia psicológica», afirma un educador, aclarando que *«los psicólogos están en el centro cada día, el problema es la sobreocupación que hay».*

Sobre la posibilidad o existencia de otras terapias alternativas a la farmacológica, hay desconocimiento por parte de los educadores, lo que nos hace pensar que directamente no se practican. *«Me visitaba algunas veces con el psicólogo, pero no hacía terapias de esas. Ni de grupo ni individuales»*, aclara una chavala internada en Til·lers.

Jaume Funes comenta que había recibido, cuando tenía el cargo de responsable de menores en el Síndic de Greuges, algunas quejas sobre hipermedicación: *«Las hacían normalmente las familias y, a veces, algunos educadores, que consideraban que se estaba premiando considerablemente el uso de fármacos por encima de la intervención terapéutica y educativa, que acababa primando el control y la contención por encima del proceso educativo ... Mirado objetivamente yo he visto casos que desde mi perspectiva de psicólogo podrían haber sido abordados de otra manera ...»*.

INFORMACIÓN QUE SE DA AL/LA CHAVAL/A Y A LA FAMILIA

Analizando las diferentes entrevistas vemos que no hay un acuerdo en cuanto a si se da una adecuada información sobre el diagnóstico, el tratamiento, la medicación y sus efectos ... Las opiniones de los y las educadoras entrevistadas son dispares, lo cuentan de las siguientes maneras. El colectivo «no sé» dice: *«No se les informa ni del diagnóstico, ni de los efectos que la medicación puede producir, y además no se pide el consentimiento a sus tutores legales»*. Otro educador entrevistado explica: *«Se les informa sobre lo que se les está administrando»*. Una educadora explica el tipo de información que da el psiquiatra: *«Simplemente le dice: te receta esto, esto y lo otro. A ver, por la mañana te he puesto un Tranquimazin, a mediodía otro y por la noche otro»*. Otro entrevistado no niega que no se les informe, pero admite que el tipo de información es muy superficial, del tipo: *«Estarás mejor»* o *«dormirás más tranquilo»*. En la misma línea otro educador nos comenta: *«A veces los chavales dicen: el médico me ha dado esto porque dice que me sentará mejor, que me irá mejor»*.

Más allá de lo que nos cuentan los y las educadoras entrevistadas, queremos destacar la percepción que tienen los y las chicas sobre la información que reciben. La percepción que nos explica uno de los chavales es bien clara en el sentido de no haber participado de la decisión de iniciar una

pauta psicofarmacológica: *«empezaron a dármelas por toda la cara y ya está»*. Este mismo chaval admite que no quiso escuchar las mínimas explicaciones del psiquiatra al no estar de acuerdo con la decisión que el profesional había después, y por el hecho de vivirlo como una parte más del castigo: *«Hombre, algo me comentó de lo que me iba a recetar pero como yo no quería escuchar porque no estaba de acuerdo ... Piensa que yo era un chaval y yo pensaba que por haber pegado a un educador no me tenía que medicar. Él evaluó lo que le dio la gana y me receta esas pastillas por el hecho de estar con la cabeza agachada. No me dio tiempo para pensar o reflexionar ni nada, hizo lo que le dio la gana. Y si me comentó algo yo ni escuchaba »*.

Este testimonio refleja como los mismos chavales entienden que no se les medica para un trastorno que puedan tener, sino más bien por el hecho de no comportarse como la institución quiere.

Por otro lado los padres tampoco se les informa sobre el diagnóstico ni la medicación que reciben los chavales: *«No, ¡qué va! Si mi familia ni siquiera sabía que estaba allí, mi familia se tiró un buen tiempo sin saber nada de mí. Se creían que estaba en el centro de Las Palmeras-se refiere a Las Palmeras que es un centro de protección-. Incluso cuando estuve en Sant Boi, en el “loquero”, como digo yo, normalmente tienen que venir tus padres a visitarte. Pues allí nada, como castigo no me dejaban ver a mis padres. Sólo me visitaba una educadora, que era la directora del otro centro. Pero igualmente no me informaban de nada de mis padres ni nada »*.

En algunos casos, la información sobre lo que tomaron, sobre cuáles son los efectos secundarios y las consecuencias que tendrá esta medicación en todo su organismo, no existe. Incluso algún educador nos ha explicado casos de medicación sin consentimiento. *«Conozco dos casos. En el primero, era una práctica cotidiana recomendada por el psiquiatra, con algún tipo de calmante hacia un menor politoxicomanía muy agresivo. El segundo fue un psicótico que hizo un brote y al que había que llevar a un hospital ... se administra en una bebida inolora e insípida »*. El colectivo «no sé» comenta la existencia de prácticas de suministro psicofarmacológica en el agua o en la comida, sin que la persona lo sepa, en geriátricos, hospitales psiquiátricos o residencias para menores en situación de desamparo.

Esto contrasta con lo que nos explica la psiquiatra entrevistada: *«Siempre que recetas un psicofármaco a unx niñx o a unx adolescente, tienes que*

hacer algo que se llama el consentimiento informado, que viene a ser explicar muy bien todo lo que tú sabes sobre aquel fármaco, toda la vivencia, por qué crees que le podría ir bien, los riesgos; y estar segura de que los padres y el niño entienden muy bien eso y con toda esa información tendrían que firmar un papel por escrito diciendo que tú las has informado muy bien, y los padres tendrían que decidir ».

POSIBILIDAD DE NEGARSE Y CONSECUENCIAS

Lo que podemos extraer de las entrevistas es que sí existe la posibilidad de negarse a tomar la medicación, y que en el caso de que no la quieran tomar tienen que firmar una hoja dejando por escrito su opción. Lo que varía en las entrevistas es si este hecho es habitual o no por parte de los chavales y chavales: *«Hay pocos casos en que el menor se niegue a tomar la medicación psicofarmacológica -aclara un educador. Muchos, por lo general, la medicación de la mañana y del mediodía, optan por no tomarla, así, cuando un nano no quiere tomar la medicación tiene que firmar una hoja conforme no quiere seguir tal pauta ».* No conocemos las consecuencias que puede tener, en las valoraciones del equipo multidisciplinar sobre los chavales, el hecho de negarse a tomar la medicación, ya que hay explicaciones contrapuestas. Este equipo de “profesionales” periódicamente evalúa diferentes aspectos de comportamiento del chaval y su adaptación a la institución.

Algunos de los entrevistados dicen que no existen consecuencias para los chavales: *«No tiene ningún tipo de sanción ni nada, ellos tienen el derecho y se les respeta: - No te la quieres tomar, pues firma este papel. Sobre posibles consecuencias de negarse a ello, me parece que no. Se hace una valoración sobre cuatro áreas y ésta no está ».* Sólo algunos educadores reconocen que el hecho de negarse se aparecerá en el PEI (plan educativo individualizado) y valoraciones de los chicos y chicas.

DEPENDENCIA Y DESINTERNAMIENTO

Un aspecto que debe tenerse en cuenta en cualquier tratamiento psicofarmacológico es la posible dependencia que puede generar, tanto física como psicológica, sobre todo teniendo en cuenta que se convierte en una forma de supervivencia en muchos casos.

Un educador de l'Alzina afirma que es posible que los psicofármacos generen dependencia, y que él lo ve en algunos de los chavales internos: *«Sí, no todos, pero un par o tres sí»* (de los que él trata en el momento de la entrevista). Una exeducadora del mismo centro explica cómo se llega a este punto: *«Sí, llega un momento en que los psicofármacos para dormir o para pasar el día más tranquilo forman parte de la vida diaria de los menores. Se crea una cierta dependencia a estos psicofármacos»*.

Muchos de los y de las chavales que los toman, lo hacen hasta que salen. Por este motivo, esta dependencia puede empezar a sentirse en el momento del desinternamiento, y los efectos secundarios, a medio y largo plazo.

Esto es lo que apunta el colectivo «no sé»: *«Esto se habrá de observar al salir del centro el o la chavales, y al cabo de algunos años. Estamos seguros que en algunos casos se producirá la dependencia. La institución no lo trabaja, está más preocupada de que no se fumen porros en su interior, por ejemplo»*.

Aún así, algunos de ellos y ellas van dejando de tomarlos a medida que se acerca la fecha del desinternamiento, según una exeducadora de l'Alzina: *«Cuando les falta poco para salir del centro, son los menores mismos que dejan de tomar la medicación. Si toma medicación dentro del centro y no se hace trabajo de deshabituación, el menor cuando sale empieza a tomar las mismas drogas que antes. Si el chaval está en libertad vigilada, será el DAM¹ quién se hará cargo del seguimiento médico, social y laboral»*.

Una educadora de l'Alzina habla de sustitutivos: *«En el caso de que no se dé continuidad a la medicación, los chavales buscan mecanismos para paliar los efectos de los fármacos que estaban tomando. Lo hacen con hachís y otros psicotrópicos»*. *«Los mismos educadores te recomiendan que te las sigas tomando por el cambio de humor que te va a provocar. Te dan una especie de consejo y tú decides si quieres seguirte las tomando o no. Yo conforme salí de allí, dejé de tomármelas. Entonces pasé el mono de pastillas ... escalofríos, ganas de vomitar y te enganchas más a otro tipo de drogas como los porros, la coca, el tabaco, la bebida ... Lo compensas por otro lado»*. Otra de las chicas entrevistadas, comenta: *«Yo ya llevaba casi seis meses tomando pastillas, pero no me enganche ni nada. Así que me preguntaron “¿quieres seguir con el tratamiento?” y yo les dije que no*

1 Delegado de Atención al Menor en Justicia de Menores

». Y después de haber-las dejado: «A veces, cuando no me puedo dormir, me rayo un poco y digo” ¡joder! No me puedo dormir sin las pastillas’ ... Eso me pasó al principio ».

Así pues, parece que, cuando menos, la institución no siempre trabaja la deshabitación a los psicofármacos de los y las chavales de cara a su desinternamiento. Parece que, a veces, los educadores preguntan a los y a las internas si quieren continuar el tratamiento, incluso aconsejan. A veces son ellos y ellas mismas las que, por su cuenta, y viendo que la fecha de salida en libertad se acerca, los van dejando o los dejan directamente.

En general, el chaval entiende la medicación como una herramienta de supervivencia en el medio cerrado, por lo que considera que al salir ya no es necesario.

Se pueden dar situaciones de dependencia (sobre todo con los ansiolíticos y tranquilizantes, pero también según el tiempo de consumo, la dosis, la propia persona ...) en el momento del desinternamiento, aspecto que tampoco se trabaja desde la institución, no que el o la chaval salga en libertad vigilada, cuando interviene la figura del DAM, cuya función es realizar el seguimiento del o chavales en la calle (no hemos contrastado si se preocupa o no de esta cuestión).

La reflexión de Jaume Funes hace referencia al desinternamiento y el seguimiento que se hace en medio abierto: «*Si el centro estuviera diseñado como una medida educativa, aunque fuera una medida impuesta, lo normal es que se hiciera un desinternamiento y un traspaso de la influencia educativa del educador a otra figura en el propio medio, pero si el proceso es “hoy acabas de cumplir, aquí tienes la bolsa con tus cosas, el billete para que vayas a casa ...”, pues educativamente será un desastre* ». Dejar la medicación de repente es especialmente peligroso en adolescentes, ya que las consecuencias por el o la chavales son impredecibles. No hay estudios en adolescentes que permitan actuar en este sentido con garantías: «*El cerebro es un misterio, resulta que toca una tecla y se ha jodido el invento, no hay vuelta atrás. Cuando dejas un antidepresivo te puede entrar el síndrome de hipertinesia, te puede dar un Bajón depresivo. El Trankimacín está desaconsejadísimo porque enganchar muchísimo, para quitarlo hay que pasar al Valium o Tranxilium, que el efecto es mucho más largo y luego lo vas dejando* », comenta la psiquiatra.

SITUACIONES DE CRISIS Y SALAS DE CONTENCIÓN

En primer lugar, debemos aclarar que, aunque utilizamos la terminología institucional, no estamos de acuerdo con ella. Sobre todo en lo referente a las “salas de contención”, eufemismo que esconde la realidad de las celdas de aislamiento, pero también el concepto “situaciones de crisis” pues señala la consecuencia, pero no la causa, y esta última, es a menudo las condiciones de reclusión de los centros de internamiento. Demasiado a menudo como para ignorarla.

Son dos conceptos que tienen relación, en la medida en que a menudo las salas de contención / celdas de aislamiento son utilizadas por la institución como “medida educativa” para calmar los ánimos en las situaciones de crisis. Y también, tienen relación con los psicofármacos, sobre todo, porque en las celdas de aislamiento el suministro de psicofármacos entra dentro de esta “estrategia educativa”.

Los centros de internamiento de menores tienen un protocolo de actuación para estas situaciones de crisis. Así nos lo explica una educadora de l'Alzina: *«La actuación dependerá de hacia dónde esté dirigida la crisis. Si se trata de violencia dirigida hacia personal profesional, la secuencia es primero enviarlo a la habitación para que se tranquilice y luego llamar a dirección o coordinación. Si no quiere entrar en la habitación, dirección y / o coordinación deciden que intervengan los agentes de seguridad. Ellos primero intervienen con comunicación verbal pero dependiendo de la conducta del chaval deberán contener-y meterse en la sala de aislamiento. Si el chaval se relaja ya se acaba la actuación del agente. Si no es el caso y comienza a autolesionarse, es esposado el tiempo necesario hasta que se relaje. Todo esto se hace en presencia del educador para ser testigo de la intervención del agente por posibles denuncias por parte del chaval o por parte del agente. Si el chaval pide medicación, el educador se pone en contacto con el médico, por vía telefónica si no está en el centro, ya que no hay ningún servicio de urgencias en el centro, y con su autorización se le suministra algún medicamento . Este caso no suele pasar. El protocolo para la prevención de suicidios es desnudar al chaval, colchón con saco de dormir, sin sábanas ni cordones ni nada, y con vigilancia cada cinco minutos. Si el caso es muy agresivo se le deriva a una UCA (Unidad de crisis de*

adolescentes)>>. Una exeducadora del mismo centro explica, no tanto el protocolo de actuación, sino más la actuación real, contradiciendo algunos aspectos: *«Se les da Atarax y se les ata con correas de contención en camas en las habitaciones de aislamiento provisional»*.

Una de las chicas entrevistadas comenta: *«... Primero, cuando alguien se pone muy nervioso, los educadores llaman a los de seguridad. Los de seguridad llegan y lo atan a una cama en una sala de castigo, y si ven que no se tranquiliza lo llevan a otra sala, lo desnudan y lo atan. Es la sala ZAP² ... Hay un pasillo lleno de salas, y hay una que sólo tiene una cama sin sábanas ni nada, y allí te atan a la cama»*. También niega que siempre haya la presencia de un educador: *«No, normalmente si está muy desfasada se encargan los de seguridad que para eso están ... A una amiga mía la dejaron llena de moratones y se notaban hasta las manos de los seguratas en su piel»*.

Un educador de Til·lers dice: *«Si es una crisis que conlleva agresiones se la envía al ZAP, que son como unas celdas de aislamiento, donde pueden estar allí cuatro días aislados, entonces dentro del ZAP * está seguridad y el educador que le va a llevar la comida, la cena, el almuerzo, todo ello»*.

La medicación en estas situaciones la suministran los y las educadoras. Así lo reafirma el colectivo «no sé»: *«Las medicaciones las suministran los propios educadores en forma de pastillas o cápsulas. Por vía inyectable se llama retraso y es por neurolépticos y sólo se aplica en casos de personas diagnosticadas de psicosis con conductas resistentes a la medicación, a centros de día, geriátricos y psiquiátricos»*.

Pero no sólo se aísla sino que también se utilizan los psicofármacos. Un educador de Til·lers explica: *«La pauta es llamar al médico de guardia para ver que le receta. Si no toma medicación, de entrada quizás se le da una tila, una aspirina ... si no un ansiolítico suave. Si toma medicación el médico generalmente dice que se le aumente. Por ejemplo, si toma Sinogan diez gotas, el médico dice que pongas cinco más»*.

La experiencia de uno de los otros chavales entrevistados hace referencia al aislamiento no en el conocido como ZAP, sino en la propia habitación: *«Yo he tenido suerte de que nunca me llevaron a una sala de contención, solamente me mandaban al cuarto . Me peleé con tres “moros”, me me-*

2. ZAP es la Zona de Aislamiento Provisional.

dicaron y me metieron en la habitación dos días, sin salir ni fumar ... Te medican y no te dejan ni salir para comer».

Las celdas de aislamiento tienen una doble función. Por un lado, y en casos extremos, pueden utilizarse como instrumentos para evitar autolesiones. Pero, en general, por lo que hemos visto, son utilizadas como instrumento de control. La institución utiliza el aislamiento como castigo ante conductas conflictivas, en algunos casos violentas.

La misma ley 5/00 de responsabilidad penal del menor permite el aislamiento en periodos de hasta siete días en siete días ininterrumpidamente, es decir, siete días de aislamiento que se pueden acumular indefinidamente. Esto da una visión sobre la finalidad con la que se crearon.

En primer lugar, hay que cuestionar a cuáles son los motivos que pueden llevar a perder los nervios por parte de los y las chavales internas. A menudo la respuesta sería que la causa real son aquellas condiciones de reclusión y de dura disciplina que la institución les impone. Y segundo, es impensable que una situación como ésta pueda durar más de, como mucho, unas horas, nunca periodos de siete días prorrogables indefinidamente, como ampara la ley.

El ejemplo del chaval entrevistado que explica como lo aisló en su celda durante dos días por pelearse con un compañero sirve, aunque el aislamiento no fuera en el llamado ZAP. Recordando el protocolo de actuación que nos explicaba la primera educadora, si el chaval se hubiera negado a entrar en su celda, lo hubieran enviado, y seguramente por la fuerza, en la celda de aislamiento, es decir, castigo por no aceptar el castigo.

OTROS TIPOS DE CONSUMO

Antes hemos visto como algún educador comentaba la forma en que administran los psicofármacos triturados y como obligan a tomarlos en su presencia, obligándoles a enseñar la boca después para comprobar que no se les han escondido.

Los propios chavales y chavales entrevistadas no niegan que a veces existe otro tipo de consumo de psicofármacos, como el del “trapicheo”. Una de ellas dice: «... Allí las niñas se toman la medicación de las otras. Hay un montón de trapicheo con el tema de las pastillas ». Según otro chaval: «... Hay trapicheo, yo la primera vez que lo hice fue metiéndome un Tranxilium

por la nariz ... Se lo cambié a un “moro” por un Orfidal. En la mayoría de la gente le da lo mismo, simplemente se toma más cantidad o menos. ¿Sabes que hay algunos medicamentos que si te los tomas te dan fiebre, ¿no? Pues la gente lo que hace es que se los toma para poderse ir a la enfermería y estar más apartado de la habitación. Allí es como ser drogodependiente. Piensa que si tú te tomas una de esas ya te quedas medio tonto o medio gilipollas, y si es por la nariz pues mucho más ».

Una reflexión que se puede hacer es que los y las chavales no consideren los psicofármacos como un instrumento terapéutico que los pueda ayudar. Los consideran como una droga más, una manera de evadirse de forma legal y normalizada en los centros. Probablemente lo consideran así porque los psicofármacos son aquello para qué se utiliza, son el uso que se les da.

En los centros de internamiento, en general, y por parte de la institución, los psicofármacos no se utilizan como instrumento terapéutico, sino como una droga, un instrumento de control de los internos y de su conducta.

CONCLUSIONES

Los talegos de menores no son centros educativos: “Encerrar no es educar”.

Estas instituciones buscan su permanencia y continuidad dentro de la sociedad, adoptando una imagen educativa, mientras olvidan el “supuesto” interés del menor y sus necesidades. Una de las herramientas que utilizan para mantener el “buen” funcionamiento de los centros es la administración de psicofármacos como contención química de los y las chavales.

El encierro ha servido históricamente como un mecanismo para quitarse de encima a la población que no se adapta y molesta (huérfanos, pobres, desviados, indigentes ...), castigando a estas personas con la privación de libertad. Al mismo tiempo, ha servido como prevención de la desviación para el resto de individuos que siguen la norma social.

Esta filosofía sigue vigente en los talegos de menores. Aún así, las formas de cierre han “evolucionado” en función de los cambios de la sociedad. Ahora se llaman “centros educativos” los talegos de menores, “medidas educativas” a las penas y el suministro de psicofármacos viene justificada como “terapia médica necesaria”.

Sin embargo, hoy en día, siguiendo la lógica histórica, la realidad de los centros de menores es que la mayoría de chavales y chavales internas provienen de situaciones socioeconómicas complicadas, precarias y desfavorecidas.

El suministro de psicofármacos deriva de la visión de que los problemas de salud mental son meramente biológicos. Sin embargo, se obvia la razón social de estos desequilibrios, que deberíamos llamar “problemas sociales”.

Esta forma de afrontar los conflictos, que se encuentra tan estandarizada en la sociedad, también se ve reflejada en los centros de menores. Esta respuesta no sólo no atiende a las causas de estos problemas, sino que genera nuevas necesidades que exigen un consumo a una emergente industria farmacéutica. El resultado es doble ya que a nivel social y, concretamente, en los centros de menores “tomar pastillas deja intacta las causas” (medida de control social) y perpetúa la demanda en el gran negocio farmacéutico.

La mayoría de chicos y chicas que entran en los centros de menores casi nunca habían tenido ningún contacto con psicofármacos. Y es la entrada al

centro la que desencadena mayoritariamente el inicio de la terapia psicofarmacológica. Esto se explica por el hecho de que es la misma institución la que genera estas prácticas, como por ejemplo: en la sistematización de medicar con “ansiolíticos” a casi todos y todos los chavales a la hora de acostarse, o también el hecho de que los y las propias chavales pidan la medicación para poder llevar mejor el día a día en el talego.

Ante el imperativo de mantener el orden, las y los chavales que menos se adaptan, los y las más nerviosas, los y las más inquietas, las y los más tristes, los y las que muestran conductas más agresivas son los y las que tienen pautas farmacológicas más fuertes.

Los diagnósticos que realizan los psiquiatras describen una serie de síntomas que son generados, en su mayoría, por el propio centro. Este profesional, será finalmente quien regulará cómo actuar médicamente con los y las chavales. Teniendo en cuenta la dudosa base científica de la psicofarmacología, la propia subjetividad del psiquiatra y la necesidad de mantener el orden dentro de la institución, en la cotidianidad de estos centros se acaban dando prácticas psicosanitarias peligrosas y perversas.

Consideramos que la administración de psicofármacos no es en ningún caso una tarea educativa. Por tanto, el hecho de que las y los educadores sociales la asuman con tanta naturalidad nos hace cuestionar su función en los centros de menores: ¿es la de fomentar la autonomía de las personas y colectivos que atienden o la de servir a los intereses de la institución o la empresa que les paga? Los psicofármacos, en los centros de internamiento, se convierten en una camisa de fuerza química para imponer un modelo educativo basado en la disciplina, la sumisión y el orden.

EL NIÑO HIPERACTIVO

Érase una vez, un aumento de la euforia médica. Los Dioses que juegan con los cuerpos, los médicos, lo hacen también con las mentes. La mente como parte de un cuerpo.

- *“Exploración Neurofisiológica. Test neurológico rápido”, importantes técnicas en la evaluación de la hiperactividad, las utilizaremos con G, señora no se preocupe, la ayudaremos, contamos con gran variedad de psicoestimulantes, buenos fármacos, eficientes. No se preocupe.*

Un cuerpo, ese, el hiperactivo, que sólo responde y funciona bien cuando lo estimulamos, porque así se pueden frenar los actos impulsivos, los gritos, los movimientos repetidos y frecuentes de piernas y brazos, de dedos, de manos. Frenar un cuerpo que nació para estar alerta.

- *Señora no se preocupe para la evaluación de G, utilizaremos un “podómetro”, también un “actómetro”, todo ello nos dará información sobre el movimiento de su niño, no se preocupe la ayudaremos.*

Un cuerpo que no acepta la disciplina, el método, el orden cronometrado de las cosas, la costumbre, el sedentarismo. Un cuerpo que, tal vez, ya no es cuerpo, ya NO-HUMANO. (Humano, na: perteneciente al hombre, propio de él).

Su casa pequeña, su habitación pequeña, su entorno huele mal, hay humo, hay prisas, hay tele, hay cosas que leer, mucha información, más desinformación, Dioses doctrinales que dejan llorar a los niños hasta que quedan ahogados por su llanto. Aquí vive G, una cría de humanos.

Un día, cuándo el cuerpo (donde también entra la mente), el nacido humano, llega a imponerse, cuando habla mucho, cuando corre más, se mueve, siente hasta las uñas de los pies, la savia de la vida que le fluye, quiere volar y vuela.

- *Te vas a caer, deja eso quieto, no corras, siéntate, anda, estate quistecito, No, no podemos volar. Porque no y punto. ! Sal de ahí! Y mira el Rey León una ratito, anda, la mamá está cansada.*

Pero el dios doctrinal dice a este respecto:

- *Tranquilícese señora, no lo hará, sólo déle este nuevo fármaco, Ritalin. Su cuerpo no se volverá a imponer, vamos a por una parte, la trataremos, somos psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras. Burgueses amantes del control, del autocontrol, de la independencia emocional, del triunfo de la parte, la mente, sobre el todo, el cuerpo.*
- *Sólo una dosis al día, bueno, ahora que es el principio, que está muy nervioso. Ustedes...su marido y usted, digo, no están casados verdad, ...vivieron juntos, pero ya no, ¿es cierto? Es importante saber cual es su entorno familiar. Otra peguntita, dígame ¿qué hace G cuando le dice que vaya a dormir solo?*

La señora, la mamá de G, piensa, calla. Pues en realidad, hay noches que es ella la que no quiere dormir sola, duerme con G, le habla y se duerme. "Es como mi brazo, mi pierna, soy yo quien se calma", piensa la señora.

- *La mamá llora, quiero consolarla. Solo grita, me grita, no me escucha, no me mira, no me ve. Dice G a la mancha de la pared, la que tiene forma de oreja.*

Otra oportunidad, volver a nacer, rehacer el todo, para esto debe morir mi parte, mi mente. Solo la muerte me salvará. Mala mente la mía. Mala vida la mía...

La "coca de los peques", así hablaba del Ritalin un artículo que hablaba del suministro de anfetaminas y sus derivados. Informan que el metilfenidato está emparentado químicamente con las anfetaminas y funcionalmente con la cocaína. Asusta pensar que, la ONU, esa institución que vela por los derechos humanos, observa que la utilización con fines médicos de estos derivados, ha aumentado de forma descomunal. De esta forma el Ritalin se ha convertido en el fármaco predilecto de los Dioses y sus mercaderes, aquellos que comercian de forma legal con las anfetaminas. Hoy en día, dicen, casi 6 millones de niños están bajo control de este fármaco. Los efectos secundarios de este fármaco, de esta maravilla de la ciencia, que ayuda a los niños de los países industrializados, a los blanquitos, a vivir mejor, tiene unos efectos sobre el sistema nervioso central que son entre otros: llanto fácil, confusión cefalea, depresión psicótica, ...

Ahoga pensar, pensar en los niños que no serán nunca HUMANOS, que serán diagnosticados de una enfermedad que ni siquiera se asegura que lo sea (tal vez en sentido figurado).

(ENFERMEDAD f: pérdida de la salud, alteración más o menos grave del equilibrio orgánico. Fig.: Pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual).

Todo cuanto se lee sobre esta enfermedad parece especulativo, sus causas, su tratamiento, su diagnóstico, su consideración social, todo. Asusta pensar que aún así, sustancias como el metilfenidato, están en los cuerpos de la crías, ya no-humanas. Asusta. En algunos países han decidido que en las cajetillas de los medicamentos se indique que las tendencias suicidas, son bastante comunes, en la utilización de estos fármacos para los hiperactivos.

Mientras, en los cielos de los rascacielos de la gran ciudad... Los Dioses, han decidido callarlos, sin poder aplastar sus cuerpos, piensan, solo queda una forma. Sólo si la parte domina el TODO, y si nosotros dominamos la parte. Frenar sus deseos, su creatividad desmesurada, que no sean niños, que no sean humanos, mejor, tanta creatividad siempre fue un obstáculo, se piensa, se escribe, se siente, y todo esto sin control, no lo podemos permitir. Todo esto queda consensuado en "comité ejecutivo" entre los mercaderes y los dioses, desde que descubrieron que los humanos, los hiperactivos, eran bastante inteligentes, genios, grandes pintores de la historia, escritores, premios Nóbel, .. Así se decide controlar, canalizar toda esta eficiencia humana, en pos de la productividad y el dinero de la adicción a las drogas.

Dosis justas para desear la muerte a los 24, si la parte empezó a dominar el todo a los 12. Desear la muerte a los 16, si todo empezó a los 6, desear la muerte, ... NO más vida. Un arma, mata.

G no puede más. Se acabó.

Esto es sólo un cuento, solo una historia.

Gerard muere con 17 años.

De una Fo

BIBLIOGRAFIA

- “Algunas cuestiones a plantearse como educadoras/es sociales, sobre la su- ministración de psicofármacos en los centros cerrados de Justicia Juvenil”.
Josep Alfons Arnau (educador social).
- “El mito de la hiperactividad y psicofármacos”. Josep Alfons Arnau (edu- cador social). Ponència sobre menors i salut mental dins de les “Jornadas sobre salud mental” al Local Anarquista Magdalena.
Madrid, 26/11/2005.
- Jornades de la coordinadora estatal contra les presons de menors.
Decembre 2005. Can Masdèu, Barcelona
- “Alarma internacional por las dramáticas consecuencias del uso de psi- cofármacos en niños”. Boletín digital de Filium y de la EEPP (escuela es- pañola de psicoterapia y psicoanálisis).
“Del Gran Encierro de Foucault a un Gulag químico”. www.antipsiquiatria.org
- “¿Qué son, es decir, cómo se usan los psicofármacos?”.
Guillermo Rendueles(psiquiatra).
Medicación (Texto # 5).
Butlletí “Enajenadxs”.
- “Industria farmacéutica y psiquiatría”.
Iván de la Mata Ruiz, Alberto Ortiz Lobo.
Revista AEN nº86 (revista de la “Asociación Española de Neuropsiquiatría”).
- “El oscuro manejo de las drogas legales en la cárcel”.
Diario Clarín 02/05/08.
- “Anti-psychotics for kids raise concerns”.
Psychiatry-research. Març de 2006.

