

Control social y psiquiatrización de menores  
Comunidades Terapéuticas para menores con Trastornos de Conducta

Introducción

Los tipos de centros de los que se va a hablar en este texto tienen su origen a partir de los años 50 dentro de un reenfoque del “internamiento”, el cuál es entendido a partir de entonces con una función terapéutica y reintegradora de las personas afectadas por algún tipo de dolencia mental. El psicólogo “humanista” Maxwell Jones se ha considerado el padre de estas comunidades terapéuticas (CCTT) que trataban de romper con el manicomio y presentarse como alternativas “reformistas” al sistema de salud mental tradicional. Manifiestan así la intención de cambiar el modelo de internamiento del “loco” para reprimirlo y apartarlo de la sociedad por la idea de una “reparación” de la locura y un aprovechamiento productivo de la misma. Por decirlo como Foucault y Deleuze, las CCTT nacerían en el paso de una sociedad disciplinaria, basada en la anulación e invisibilización de los individuos, a una sociedad terapéutica, obstinada en administrar la vida y hacer productivo mediante las técnicas necesarias cualquier elemento hasta entonces recluso al margen de la misma.

La “psicología” ya había buscado con anterioridad influencia social a través del higienismo mental de finales del siglo XIX nacido en la escuela pragmatista americana, verdaderos padres de esa “ciencia” en lo que a lo social se refiere, muy deudora de sus ultraliberales valores. En fuerte relación con la criminología, nació una psiquiatría forense caracterizada por señalar un fondo biológico (endógeno) para todo comportamiento (se puede recordar el diagnóstico que Cesare Lombroso hacía de la patología anarquista). Se trataba entonces de ir extendiendo un tipo de acción para-estatal que el filósofo liberal K. Popper popularizó como “ingeniería social”, caracterizada en el campo de la psicología por establecer criterios de identidad y categorías de clasificación de las conductas en un lenguaje positivista, como es el caso de la reflexología rusa y el conductismo de Watson y Skinner. En España, esa psicología social y “humanista” de origen norteamericano se vio interrumpida por el franquismo, que promueve una psicopatología nacional de fundamentación teológica (la doctrina del alma tomista) organizada por la Iglesia y la beneficencia estatal, fundando así un modelo de manicomio que se puede llamar “providencial”<sup>1</sup>. De todas formas, estas instituciones se plantean un ideal de depuración social que otorga un papel sacerdotal e inquisitivo a los psiquiatras del que no se encuentran muy alejados los de las sociedades industriales avanzadas y “democráticas”.

El desinternamiento de los años 60 y 70 promovido por la llamada Reforma Psiquiátrica difuminó el papel de esas nuevas comunidades terapéuticas demandadas por los sectores más progres de la psiquiatría mientras que los psicofármacos fueron irrumpiendo y extendiendo su uso, saltando así la psiquiatrización social por encima de los muros de las instituciones cerradas llegando a un uso masivo de los mismos ya a partir de los años 80, sobre todo gracias a su menor coste público y social. El uso de fármacos de forma masiva (ansiolíticos por ejemplo) irá acompañado de un creciente paternalismo y vigilancia de las instituciones sociales hacia las distintas comunidades, con especial énfasis en aquellos barrios considerados “marginales”. Debido a su alto coste las CCTT quedaron en manos privadas, en muchos casos como centros de salud mental de “lujo” caracterizados por el desarrollo de terapias de tipo educativo y psicosocial pero dónde se podían llegar a adoptar en algún momento los métodos propios del manicomio tradicional. El desentendimiento estatal de los mismos y la extensión del consumo de heroína hizo que estos centros se reciclasen hacia el tratamiento de drogodependientes. En España ese tipo de centros para adictos llegaron a partir de 1979, siendo lugares muy lúgubres de prácticas oscurantistas, y sobre sus usuarios va a pesar un grave estigma social. Ese rechazo también mediático de los adictos al caballo se tratará de cambiar a partir del Plan Nacional sobre Drogas, el cuál propició la creación de

---

<sup>1</sup>Rendueles, G., *Manuscrito encontrado en Ciempozuelos*, La Piqueta, p. 154.

un discurso “técnico” para la organización de dichos centros y va a maquillar la triste realidad de unos barrios que van pereciendo tras esa amplia estrategia estatal consistente en la introducción de la heroína para desarticular su potencial desestabilizador.

En los 90 el menor número de heroinómanos propició que las CCTT se reconvirtiesen de nuevo hacia el ámbito de la salud mental y el tratamiento de las nuevas adicciones (alcohol, cocaína, etc.). Con la aparición de dos leyes “marco” de carácter estatal, la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de Enero de protección jurídica del menor y la Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero reguladora de la responsabilidad penal del menor (conocida como ley penal del menor) es cuando se va a disparar la creación de CCTT para menores con trastornos y la adaptación de los ya existentes hacia esta nueva “demanda”<sup>2</sup>. Esas dos leyes integran como una parte del tratamiento de menores problemáticos el recurso a unas centros que siguen en manos privadas y por tanto presentan, en cuanto que se conciertan con las distintas comunidades autónomas, un suculento negocio.

El reformismo psiquiátrico buscó el cierre del hospital y la creación de alternativas asistenciales al hilo del afianzamiento del Estado de Bienestar, formando parte de su ideología. El *bienestarismo* en salud convierte a esta en una nueva mercancía. Por otra parte, la psicopatología ha tendido desde entonces a explicarse como reacción del sujeto ante la realidad social (inadaptación) y se ha ido desplazando, salvo en ciertos enfoques genetistas norteamericanos, el paradigma biologicista de los primeros años de la psicología social. Esto al menos en el plano del diagnóstico, pues el tratamiento sigue optando por la química como recurso incuestionable. Se va a prestar una especial atención a los llamados “grupos de riesgo” que se insertan en barrios de clase obrera conformados por familias de baja preparación cultural, tradicionalmente ya dóciles respecto a las palabras de un experto. Sus miembros son observados desde una óptica educativa, pedagógica, moralmente condicionada por tanto. Eso implica que el enfermo y la enfermedad se buscan en la comunidad incluso antes de su existencia, es decir, las categorías en las que se clasifican las conductas funcionan como elementos *a priori* del observador a las que se tiene que ajustar lo observado, y ese es el caso de los chicos diagnosticados con trastornos de conducta. De tal forma, trabajadores sociales, educadores, psicólogos y psiquiatras se convierten en vigilantes que tienen un amplio poder en sus manos, dependiendo de su propia subjetividad la marcha de la vida de muchas de personas, amparados y legitimados institucional y socialmente por su supuesta formación académica y “científica”.

En conclusión, el reformismo psiquiátrico ha traído consigo una mayor especialización y un ensanche del abanico de campos de tratamiento junto al crecimiento de un ejército de expertos ya no sólo en psiquiatría, sino de educadores, asistentes sociales etc., convertidos en los inspectores de conducta de toda la población. Su función trasciende el mero control hacia el encubrimiento de las contradicciones del sistema económico y social que les alimenta. La disponibilidad terapéutica, la democratización psiquiátrica y la medicalización generalizada ha constituido un mercado que por sí mismo, como toda mercancía, crea su propia demanda. En este contexto es en el que hay que insertar a las Comunidades Terapéuticas para menores con trastornos de conducta.

### Trastornos de Conductas Perturbadoras.

Los Trastornos de Conductas Perturbadoras han sido definidos y clasificados por el DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana (manual de uso generalizado desde hace décadas) incluyendo los Trastornos de Conducta, que pueden derivar en el Trastorno de Personalidad Antisocial en la edad adulta, Trastorno Disocial, el Negativismo Desafiante y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Asociados a los mismos se encuentran Trastornos Alimentarios, Afectivos y de Ansiedad. El TDAH trata de una “patología” reciente que ha ido de la mano del incremento de la vida urbana, el desarrollo tecnológico y la desaparición de los redes sociales y

---

2 Comas Arnau, D., *Comunidades Terapéuticas en España*, GID, 2005, pp. 7-15.

comunitarias. La literatura sobre el TDAH empezó en los años 60 en EEUU a raíz de la preocupación por distintos sectores de los problemas de comportamiento de los niños negros de clase baja y los problemas que estos presentaban para el aprendizaje y la adaptación a la escuela. Ya en ese momento, la respuesta extendida fue el uso masivo del metilfenidato (Ritalín), como medio de control social administrado por los propios profesores, haciendo disminuir las conductas disruptivas en las aulas.

Numerosos estudios han puesto de relieve que el TDAH no se presenta en cualquier situación, el mismo DSM reconoce que la hiperactividad, la inquietud y la baja atención están mayormente presentes “dentro” de la escuela. Por eso, se distingue entre TDAH situacional y TDAH generalizado. Otro dato importante es que los niños niegan generalmente sufrir tal problema, el cuál es formulado por los padres, profesores y especialistas mediante la observación directa de la conducta en situaciones sociales determinadas, como la escuela, la casa familiar o la misma consulta. La conducta observable debe de reflejar hiperactividad motora, dificultad de atención en la escuela e impulsividad en la conducta según el DSM-IV. Este establece un baremo para diagnosticar tal síndrome que incluye como “síntomas” la desatención (con observaciones como “(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, un obligaciones en el centro de trabajo”) e Hiperactividad ((b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud) (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (e) a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor, etc.).

El tratamiento del supuesto TDAH ha sido tradicionalmente mediante el uso de psicofármacos, sobre todo el señalado metilfenidato, un tipo de anfetamina (psicoestimulante). El uso comenzó como ya se ha dicho en los sesenta. El psicólogo K. Conners y el psiquiatra L. Eisenberg hicieron experimentos con dexedrina (emparentada al metilfenidato) en dos escuelas de Baltimore de niños negros de clase baja, disminuyendo los tumultos y los alborotos. Los niños tratados “mejoraron su comportamiento en clase, respuesta ante la autoridad y participación en el grupo”<sup>33</sup>, por lo que las situaciones en estas escuelas-guetto se hicieron soportables para los profesores. Blech recoge las impresiones de F. Fukuyama al respecto: “A ojos de Fukuyama el metilfedinato no es otra cosa que un medio para el control social. El medicamento alivia la carga de los padres y los profesores y exime a los que han sido diagnosticados con TDAH de la responsabilidad de su propio estado”.

Por su parte, Juan Pundink, presidente de la Escuela Española de Psicoterapia y Psicoanálisis señala que: “La supuesta sintomatología se obtiene diagnosticando como patológica la normal necesidad del niño de atención, movimiento, juego y habla. Pero los niños pequeños no pueden ser silenciados y paralizados sino a costa de su desarrollo físico, emocional e intelectual. Aquellos que no estén dispuestos a permitir que los niños desarrollen sus necesidades naturales deberían de renunciar pues a engendrarlos (...). Las drogas psicotrópicas se han convertido en un intento de solucionar problemas de disciplina en colegios, de amordazar a los niños en el hogar y de sustituir la consulta al psicólogo y al psicoanalista que los seguros médicos no cubren”. En España dicho medicamento es comercializado por Laboratios Rubió bajo el nombre de Rubifen, y también aparece bajo el nombre de Concerta. Hoy día, a pesar de que muchos científicos han llamado la atención sobre los efectos de tal droga, como la adicción, el hecho de que dobla el riesgo de sufrir problemas cardiacos, su incidencia directa en el sistema nervioso central haciendo aparecer tics nerviosos, etc., el Ritalín es tomado por el 10% de todos los niños de EEUU y en torno a un 5% de niños en España, que es el porcentaje de los diagnosticados por TDAH. Para la empresa americana Health, genera un total de 3100 millones de dolares al año.

---

3J. Blech, *Inventores de enfermedades*, Icaria.

En los últimos años ha aparecido un nuevo medicamento llamado Atomoxetina como sustituto de la ritalina, que no es psicoestimulante, y pertenece a una clase de medicamentos llamados inhibidores de la recaptación selectiva de norepinefrina. Funciona al aumentar los niveles de la norepinefrina, una sustancia natural en el cerebro. Hasta ahora, la mayoría de padres solo se han preocupado por el precio del mismo (unos 90 euros por caja) y a demandar su cobertura por la Seguridad Social, aunque ya se han señalado efectos parecidos a los de la ritalina en un alto porcentaje de chicos a quienes les ha sido suministrado.

El tipo de trastorno más común entre los menores institucionalizados y psiquiatrizados por el sistema de salud mental es el Trastorno disocial. Según el DSM-IV este se caracteriza por:

“A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

#### **Agresión a personas y animales**

1. a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. a menudo inicia peleas físicas
3. ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. ha manifestado crueldad física con personas
5. ha manifestado crueldad física con animales
6. ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. ha forzado a alguien a una actividad sexual

#### **Dstrucción de la propiedad**

8. ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
9. ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

#### **Fraudulencia o robo**

10. ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
11. a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros)
12. ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

#### **Violaciones graves de normas**

13. a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
14. se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

**B.** El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**C.** Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.”

Por último, tenemos el Negativismo Desafiante u Oposicionismo. Es un síndrome caracterizado por el academicismo psiquiátrico por el desafío a la autoridad de padres, profesores y otras figuras, de forma pasiva y no agresiva, y se muestra en cosas como no hacer los deberes o entregarlos tarde, no escuchar o cumplir órdenes, etc.

Según el DSM-IV:

“A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de

los siguientes comportamientos:

1. a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
2. a menudo discute con adultos
3. a menudo desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus obligaciones
4. a menudo molesta deliberadamente a otras personas
5. a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
6. a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
7. a menudo es colérico y resentido
8. a menudo es rencoroso o vengativo

**Nota:** Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

**B.** El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

**C.** Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

**D.** No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad”

El informe del Defensor del Pueblo Andaluz de Noviembre de 2007 en el apartado destinado a los tipos de trastornos que se tratan en las Comunidades Terapéuticas para Menores con Trastorno de Conducta se basa en denuncias ya hechas expresadas en los términos del DSM-IV. Un hecho que llama la atención es que pone de relieve la carencia de un criterio claro y objetivo a la hora de ingresar a los niños y niñas en esos centros. Si podemos pensar que dichos trastornos son enfermedades configuradas para psiquiatrizar a una población infantil, señalándole causas bio-neurológicas y de inadaptación ante una realidad social que les es hostil, o como mucho, problemas normales de la vida de un niño, pues concluimos el carácter falaz de este tipo de centros, gestionados por fundaciones y asociaciones, en definitiva, empresas privadas que se lucran de un problema que debe de ser abordado de forma sistémica y que tiene en los niños a sus últimos responsables. En todo caso, este tipo de centros psiquiatrizan a unos chicos a los que su rechazo de las normas sociales aceptadas de comportamiento, tal y como hemos visto, son el criterio fundamental para declararlos como “enfermos”.

Los tipos de comportamientos que se establecen en DSM IV como “Criterios A” son agrupados en cuatro categorías:

<b>COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS</b> - inicio de peleas - portar armas - actos crueles contra personas y contra animales - robo con violencia - violaciones - raras veces homicidio	<b>COMPORTAMIENTOS NO AGRESIVOS CON DAÑO A LA PROPIEDAD PRIVADA (NO HAY DAÑO A PERSONAS)</b> - ocasionar incendios - romper vidrios - dañar automóviles - actividades vandálicas en la escuela - daño a la propiedad pública y privada en general	<b>FRAUDES O ROBOS</b> - mentiras - timos - falsificaciones - romper compromisos y promesas para sacar provecho - hurto - robos a tiendas	<b>VIOLACIONES A LAS NORMAS</b> - normas escolares - cimarras (huidas de clases) - normas familiares - fugas - absentismo laboral (en mayores) - sexualización de la conducta - ingesta de alcohol y drogas.
---	--	---	---

De los anteriores criterios el sujeto debe cumplir, al menos, tres criterios durante el mismo año o uno durante los últimos seis meses, para ser diagnosticado de Trastorno Disocial.

Siguiendo con la clasificación de la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), dentro

del subgrupo socializado–no socializado se encuentran los Trastornos disociales (F91, DSM-IV), los cuales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. El subtipo de Trastorno disocial limitado al contexto familiar (F91.0, DSM-IV): incluye trastornos disociales en los que el comportamiento disocial, antisocial o agresivo (que va más allá de manifestaciones oposicionistas, desafiantes o subversivas) está completamente, o casi completamente, restringido al hogar o a las relaciones con miembros de la familia nuclear o allegados. En la mayoría de los casos, estos trastornos disociales limitados al contexto familiar han comenzado en relación con algún tipo de alteración intensa de las relaciones del chico con uno o más miembros de la familia nuclear. En algunos casos, por ejemplo, el trastorno puede haberse iniciado por conflictos con un padrastro o madrastra.

El papel de la familia entonces se torna doblemente importante pues no sólo suelen ser los primeros *diagnosticadores* del niño, sino también quienes van a preferir medicalizarlo a buscar otro tipo de soluciones más caras y molestas. A modo de ejemplo podemos tomar el de un informe médico al que hemos tenido acceso fechado en Córdoba en febrero de 2006. En este se trata de un chico que tiene una serie de problemas derivados -puede suponerse- de un retraso madurativo provocado por un sufrimiento fetal al nacer. Presenta los “síntomas” típicos establecidos para el diagnóstico de la hiperactividad (“se mostraba inquieto, con alto nivel de actividad motora, impulsivo, con cambios de actividad muy frecuentes...”, reza el motivo de consulta). Siendo su “comportamiento peor en el medio familiar”, presentando “agresividad verbal”, el niño que ahora tiene 11 años y viene siendo tratado y medicado desde los seis, ha acabado presentando comportamientos obsesivos (de higiene por ejemplo) y de agresividad. Las pruebas complementarias de diagnóstico consisten en una serie de test y escalas (Kaufman, Leiter), hemogramas y tac, en los que no se hallan causas físicas explicativas. Siendo este un informe médico seguramente muy común en los hospitales de hoy en día, lo que llama la atención tras el diagnóstico de TDAH, Trastorno disocial desafiante y oposicionista, Trastorno de tics motores (¿provocados por el uso de la ritalina desde que tenía seis años?) y Trastorno Obsesivo-compulsivo es el tratamiento. A la orientación de la familia por parte de una Escuela de Padres, se suma que el niño recibe un tratamiento farmacológico de 11 pastillas diarias consistentes en risperidona (un nuevo sustituto del haloperidol), metilfenidato, haloperidol, carbamacepina, topiramato, imipramina y oxcarbacepina, presentando escasa respuesta a los mismos por la agresividad que al chico le genera no poder desahogar sus energías.

Este caso muestra el nivel de medicación que se puede llegar a alcanzar con un consentimiento absoluto de los padres. Así, hay que tener presente que aunque en este texto nos centremos en el análisis de los centros destinados al tratamiento de los trastornos de conducta, la propias casas de los chicos pueden llegar a funcionar como la propia institución, tal y como los psicofármacos actúan de camisas de fuerza químicas. Son precisamente algunas asociaciones de familiares de “enfermos mentales” las que han demandado rebajas en los precios de los fármacos, mayores tiempos de internamiento y una vigilancia más constante por parte de los especialistas. Un hecho que es fundamental no es solamente que algunos padres busquen la comodidad de los fármacos o el delegar sus responsabilidades con tales, sino el de tener interiorizada la inferioridad de saberes y conocimientos frente a los expertos médicos y psiquiatras, los cuáles se han convertido en una especie sacrosanta poseedora de toda verdad y en la que se confía ciegamente. Hay de fondo una falta de dignidad y autonomía en las personas que viven bajo las condiciones de vida capitalistas, convertidas en individuos dóciles, hedonistas y demasiado ocupados como para encargarse responsablemente de sus vidas. Por otra parte, esta la vida de aquellos que no pueden resistirlas y que se vuelven proclives al ingreso en los distintos tipos de instituciones cerradas.

### Comunidades terapéuticas y situación de los menores.

Como se ha dicho, el marco legal para las CCTT para menores con trastornos de conducta son la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de Enero de protección jurídica del menor y la Ley Orgánica 5/2000 de

12 de enero reguladora de la responsabilidad penal del menor (conocida como ley penal del menor). Las distintas comunidades autónomas han concretado en sus respectivos decretos la exigencia de que existan comunidades terapéuticas para chicos con trastornos. En general, dos son las formas legales de que un menor ingrese en un centro de estas características.

Una es a través de un centro de protección de menores de los contemplados en la ley 1/96 de protección del menor. Esto es cuando al menor se le ha declarado administrativa o judicialmente en “desamparo” como explica la ley en su título II. Se trataría entonces de niños que oscilan entre el total abandono familiar y aquellos que han sido retirados de los padres por los distintos motivos que los Servicios Sociales puedan presentar, pasando la tutela a manos de los distintos gobiernos de dichas comunidades autónomas (por ejemplo, la Junta de Andalucía o la Generalitat en Cataluña). En algún momento estos chicos pueden entrar en programas para la atención de trastornos del comportamiento que se pueden desarrollar en esos mismos centros o ser enviados a centros especializados, caso de las comunidades terapéuticas. La otra forma es a través de la ley 5/2000 de responsabilidad penal del menor y cuando este reúne unas características en las que se entiende judicialmente que ha cometido un delito debido a 'trastornos de conducta' o 'comportamiento'. El número de chicos procedentes de centros de reforma no es muy alto porque dentro de los mismos se pueden llevar a cabo programas de tratamiento que simulan los de las CCTT. En cualquiera de estos casos, los centros de procedencia de los menores que han considerado necesario su ingreso en una CT basta con que lo comuniquen a la administración que tiene la tutela, y di esta da el visto bueno el chico entrará en dicho centro hasta que se considere oportuno. Normalmente, la estancia puede llegar a ser de un año.

Hay un tercer caso que aunque menos frecuente también envía niños a este tipo de centros. Esto es cuando son los propios padres los que lo demandan, pidiendo ayuda a los Servicios Sociales o a través del propio psiquiatra que venga tratando al niño, optando igualmente por las plantas de salud mental de los hospitales. Cuando estos chicos entran en una CT por petición de sus padres estos ceden cierta tutela a la administración, lo que se llama “guarda” administrativa. Normalmente se da el caso de que estos chicos no son admitidos en tales centros, como conocemos el caso de la negativa continua de los centros gestionados por la Fundación O'Belén, por ejemplo. Los motivos quedan claros pues los padres siguen manteniendo los derechos de tutela así que pueden decidir sobre la situación de los niños y deben de estar informados sobre aquellas decisiones que se vayan tomando durante el tratamiento. Además tienen plenos derechos de visita y comunicación, por lo cuál ante las frecuentes quejas de los chicos muchos de ellos son retirados por los propios padres. Hay que tener en cuenta que este tipo de centros obtienen mayor beneficio si mantienen todas las plazas cubiertas, ya que normalmente en régimen concertado cobran por niño y día de ocupación (puede llegar a unos 1000 euros semanales por niño). Así se entiende que dichos centros prefieran a niños cuya tutela está en manos de la administración ya que son plazas de ocupación mucho más estables. El tratamiento se considera que puede durar hasta un año pero la estancia se puede alargar más tiempo por la falta de recursos para después según queja de estas comunidades.

Estas comunidades terapéuticas presentan habitualmente dos tipos de programas, uno dirigido a tratar trastornos del comportamiento, de índole educativa y social, mientras que los programas para menores con trastornos de conducta son de índole psiquiátrica. Una diferencia sobre el papel fundamental es que únicamente los segundos conllevan tratamiento farmacológico. Sin embargo la frontera entre unos programas y otros no se suele respetar. El Informe del Defensor del Pueblo Andaluz sobre estos centros puso de relieve (Noviembre de 2007)<sup>4</sup> la ambigüedad en los criterios de ingreso, en los diagnósticos, y en la falta de delimitación clara de dichos programas en los distintos centros que se visitaron, lo cuáles no diferenciaban netamente entre ambos. Así se puede concluir

---

4 El Informe se puede descargar en [http://www.defensor-and.es/informes\\_y\\_publicaciones/informes\\_estudios\\_y\\_resoluciones/informes\\_defensor\\_del\\_menor/informe\\_0006/index.html](http://www.defensor-and.es/informes_y_publicaciones/informes_estudios_y_resoluciones/informes_defensor_del_menor/informe_0006/index.html)

que los menores reciben en dichos centros un tratamiento de tipo educativo, basado generalmente en técnicas neo-conductistas, acompañado de una medicación reglamentada y forzada. En la comunidad andaluza había en el año 2006 107 plazas concertadas y fueron atendidos en dichos centros 170 chicos, y su número sube cada año.

Algunas experiencias contadas por chicos que han pasado por este tipo de centros unidas a algunos casos de denuncia conocidos han aclarado las prácticas reales que dentro de los mismos se pueden llevar a cabo. Hay que tener en cuenta que a dichos centros son enviados chicos que tienen ya problemas dentro de los centros de protección, como saltarse horarios, encararse con educadores, no hacer las tareas encomendadas, peleas, intentos de fuga, etc. El hecho de encontrarse en situación de desamparo y tutelados por la administración les deja indefensos ante las decisiones de los especialistas del centro. Por ejemplo, las leyes establecen que el menor tiene derecho a comunicación con el exterior, pero siempre y cuando la directiva del centro lo considere oportuno para la marcha de su tratamiento. Esa directiva y el equipo facultativo tiene por tanto un poder de control total sobre la vida del menor, el cuál es sometido a los ritmos institucionales y desposeído de su independencia y autonomía. Las prácticas dentro de esos centros pueden llegar a reproducir las de los antiguos manicomios o los regímenes carcelarios más duros. Ese es el caso de los cubículos de aislamiento descubiertos y denunciados en dos centros de la Fundación Arco Iris de Córdoba. Se trata de habitaciones de 1 metro cuadrado donde un menor no cabe tendido y donde podía llegar a pasar varios días de aislamiento. Denunciados en el Informe citado, se ha sabido recientemente en los medios de comunicación de la existencia de los mismos con el motivo de la fuga de cinco chicas el verano pasado de uno de los centros de dicha Fundación, tradicionalmente dedicada al tratamiento de la drogadicción y ahora reconvertida hacia los menores con trastornos, en las cercanías del pueblo de Hornachuelos (Córdoba). Estas chicas, cuya tutela se encuentra en manos de la Junta de Andalucía, denunciaron en un cuartel cercano y ante la familia y personas cercanas malos tratos físicos por parte de los educadores del centro, castigos como dejarlas sin comer y el aislamiento en su cuarto o en dichos cubículos, además de la excesiva medicación.

Así tenemos que estas comunidades terapéuticas son centros que han sido maquillados por el lenguaje de la psicología reformista pero que en la práctica pueden llegar a funcionar como auténticas cárceles de alta seguridad para menores. Cárceles químicas y donde impera el miedo y la coacción eso sí, destinadas como todas las instituciones cerradas -presidios, cuarteles, escuelas...- a la sustitución de la personalidad independiente o autónoma por una pseudo-personalidad dócil a la institución y a los valores y normas sociales que vigila y encarna. Uno de los primeros pasos es la imposición del tiempo o ritmo institucional, disciplinando así cualquier comportamiento y anulando la libre decisión. A la alta normatización del recinto acompaña una serie de medidas coercitivas -como el aislamiento en las habitaciones, el dejar sin comer, el chantaje emocional o la propia medicación- que premian o sancionan las distintas conductas. Por su parte, la historia clínica se construye sobre la objetivación de los sujetos a través del rastreo de sus “errores”, de una catalogación de su fallos de “normalidad” sustentada en una supuesta racionalidad y cientificidad del discurso médico y educativo actual. En esa situación, como señaló en su día D. Cooper, esas personas funcionan ahora para el sistema, pues le son productivas aunque trabajen a un nivel reducido o simplemente engrosen estadísticas para el cobro de subvenciones, y en todo caso, sirviendo de “refuerzo negativo” de la definición de normalidad para el sistema<sup>5</sup> y su interés sobre el ilimitado control sobre la población.

*carcelesdememenores@gmail.com*

---

5 Cooper, D., *El lenguaje de la locura*, Alianza, p. 44.