

El entorno sociojurídico del menor. Infancia y droga, el vacío de la razón.

Javier Urra Portillo.

Defensor del Menor en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Introducción.

- El artículo aproxima la magnitud del problema, del binomio infancia y droga.
- Resalta el alto riesgo de niños y jóvenes dado que constituyen una clientela potencial.
- Intenta arrumbar tópicos y creencias erróneas.
- Analiza las causas del consumo de drogas, destacando los aspectos evolutivos en la relación sustancia-individuo-contexto.
- Acerca datos obtenidos a través de estudios y encuestas recientes efectuados a los jóvenes de nuestro entorno.
- Subraya tres sustancias preocupantes por el grado de ingesta en esta población: alcohol, fármacos e inhalantes.
- Reseña la tipología de toxicofilia constatada en los Centros de Reforma y los Juzgados de Menores.
- Concluye enunciando la necesidad de prevención.

1. EL PROBLEMA. Encuadre.

Existe evidencia de la utilización de la droga en todas las culturas. Droga y civilización han caminado juntas desde el comienzo de la humanidad (se ha encontrado la presencia de polen de Artemisa en las excavaciones de Torralba que indican el uso de ajeno hace 25.000 años). Esta universalidad y la constancia del uso de drogas ha llevado a algunos autores a proponer la existencia en el hombre de una tendencia o impulso hacia la búsqueda de estados alterados de conciencia, que se manifiesta ya desde la infancia.

Si ratificamos las palabras de Roszak (1976) cuando afirma "es posible que la experiencia de la droga de frutos más significativos y eche raíces en el suelo de una inteligencia madura y motivada, pero la experiencia, de repente ha comenzado a experimentarse por una generación de adolescentes, patéticamente acultos y que normalmente no llevan a la experiencia más que una impaciencia vacía.... No hay absolutamente nada en común entre un hombre de la experiencia de Huxley con su disciplina intelectual al acercarse experimentalmente a la mescalina y un botarate de quince años aspirando gasolina hasta que su cerebro se convierte en puré de garbanzos".

Nos aproximamos a la magnitud del problema, el setenta por ciento de la población mundial tiene hoy menos de treinta años y aproximadamente el cincuenta por ciento de la misma tiene menos de quince.

Tenemos chicos y chicas de 10 a 13 años que fuman hachis, toman comprimidos (anfetaminas, barbitúricos, hipnóticos, quinoleicos, benzodiacepinas, etc), adolescentes que se pinchan "caballo" o fuman "chinos" y niños que inhalan gomas y colas y muchísimos adolescentes y pre-adolescentes que se embriagan con bebidas alcohólicas (el alcohol es la droga escolar por excelencia).

Es difícil encontrarse con un consumidor de drogas ilegales que no haya sido antes de la legales. Ambas, cada día están más a nuestra disposición, los niños son los más indefensos ante ellas.

Y ello es así, porque los niños y los jóvenes son grupos de alto riesgo al constituir una numerosísima clientela potencial a quienes se dirige una siniestra propaganda echa con todos los recursos de que la tecnología moderna dispone. No olvidemos que los jóvenes necesitan ilusiones y el nihilismo imperante en el mundo adulto es prácticamente insoportable para quien tiene toda la vida por delante.

Es claro, que los valores mantenidos por cada sociedad influyen en la ideas que se forman sobre las drogas, y la actitud social generalizada que los adultos transmiten a los jóvenes es de poco respeto a los productos farmacéuticos y a su administración. Además, se ha abdicado del deber fundamental de educar a los hijos, hacia la capacidad para decidir, postulando el poder de autocontrol y autodominio, desarrollando su capacidad para tolerar la soledad humana, los padres han de infundir la pasión por la vida como antídoto de la cultura tanática de yonky que transmite una carencia de fe en el devenir y en su propio provenir, que cercana a toda expectativa, que no cree en nada salvo en la droga, en la auténtica, en la que sabe que le abocará a la muerte.

En España el problema de la droga tiene una fecha clave, el año 1973, hace eclosión en nuestro país el problema de las toxicomanías, entre otras razones porque España deja de ser para el tráfico un país de tránsito, para convertirse en país de destino, con un mercado propio.

Hoy la figura social del joven que vende drogas ya no horroriza, como lo hubiera hecho hasta hace pocos años.

Resulta particularmente inquietante la extrema juventud de muchos consumidores, su pasividad, sus aspiraciones regresivas y por lo tanto la amenaza que pesa sobre sus procesos de maduración.

Sin embargo, el abordaje, exige desmitificación, derribando tópicos tan extendidos como el de la identificación de la droga con la juventud. Item más cuando es obvio que existen grupos de jóvenes profundamente diferentes, varían en edad, entorno social, estructura psíquica, historia vivida, motivaciones, valores y un largo etcétera.

O creencias tan extendidas como la asociación de drogas y agresividad,

cuando está fuera de toda duda que los derivados de cáñamo la reducen, siendo el causante de la mayoría de los conflictos atribuidos a la droga flunitrazepán (rohipnol, etc.), que por encima de los 3 mgrs., crea cuadros de desinhibición, casi siempre agresivos, acompañados por amnesia y ausencia de cualquier sentido crítico. Este específico es el fármaco por excelencia de reformatorios y penitenciarias españolas.

O intentando arrumbar otro tópico, cual es que los jóvenes drogadictos lo son porque han crecido en un ambiente desestructurado ligado a una determinada clase social.

2. ETIOLOGÍA. Búsqueda.

Analizaremos ahora las causas del consumo de drogas de quienes se encuentran en el amanecer de la edad adulta, según la O.M.S. (1973) son -trastornos de carácter, integración en grupo, mejorar por la droga, ánimo de delinquir, razones sociales y fundamentalmente familiares (condicionamientos familiares, desintegración de la familia, falta de principios éticos, morales y religiosos, falta de diálogo, pérdida de la afectividad....).

Dentro de esta constelación preadictiva y subrayado que no existe una forma mental especial que llame a la toxicomanía, recordemos que adolescencia significa crecer, que los pre y adolescentes son experimentadores natos, quieren probarlo e intentarlo todo en la búsqueda del placer y la gratificación, son impacientes no pacientes.

En estas edades se relegan un gran número de cualidades: la capacidad de dominarse, de planificar, de esperar, de ahorrar, de dejar para más tarde, de venerar, de acordarse y de respetar. Por el contrario los nuevos valores son la capacidad de acción, el sentido de la aventura, la sensibilidad, la autenticidad y por último la intensidad de las experiencias sensoriales.

Partimos de la inalienable libertad de cada sujeto y consideramos la droga como un síntoma y no como una causa, la droga es sólo una consecuencia del problema de la persona.

Constatamos que los estudios publicados sugieren unos tipos básicos de motivaciones para la iniciación de la conducta auditiva (de respuesta social, experimentales y sintomatológicas) y es entre los modelos formulados acerca de la drogodependencia -ético, jurídico, médico-sanitario, sociocultural y psicosocial-, este último el que mejor destaca la importancia de sujeto y su comportamiento en la relación sustancia-individuo-contexto.

Las motivaciones actuales por las que los jóvenes consumen drogas son poco o nada intelectualistas o literarias, son simplemente hedonistas y escapistas, para no aburrirse, para sentirse mejor, facilitar la comunicación, para "pasar" de casi todo. Son motivos de una juventud vagamente desmoralizada, descreída y desencantada hacia el futuro, que vive en una sociedad a la que le es difícil incorporarse al estar en plena crisis económica.

La adicción se explica como un aprendizaje directo o en base a influencias de modelado (amigos que consumen), que junto con la conducta del individuo (expectativas, creencias, etc.) e influencias del medio ambiente, implican una interdependencia continua entre la conducta, procedencia continua entre la conducta, procesos mediacionales y eventos ambientales.

Siguiendo a OUGHOURLIAN (1977), consideramos la toxicomanía como "conducta de intoxicación voluntaria", lo que no presupone una personalidad determinada, sino un comportamiento que puede cambiar, desaparecer, etc., evitando psiquiatrizar abusivamente e ignorar los factores sociales, o hacer del toxicómano una especie de "mutante".

Usamos el concepto de conducta como el conjunto de operaciones (fisiológicas, motoras, mentales, verbales), que un organismo realiza para su adaptación por lo tanto incluye las motivaciones fines y significados.

Dicho ello, contestemos a la pregunta ¿Cualquier joven puede llegar a ser toxicómano?. La respuesta es un NO rotundo. La motivación y la susceptibilidad psicológica por la droga es muy distinta en las personas.

Los diversos estadios evolutivos y de desarrollo conforman una personalidad que en interacción con factores sociales y familiares pueden ser o no receptivos a la droga. Tan es así, que los efectos de las drogas varían muchísimo, tanto por el tipo de la droga, la dosis, la vía de administración, el estado anímico en que se encuentra la persona y su personalidad. En síntesis, la droga nada puede hacer contra una personalidad madura y estable, así lo confirman distintas investigaciones y la realidad de todos los que las abandonan, cuando han satisfecho su curiosidad.

Reseñamos que en la transición de niño a adulto, es vital el concepto de proceso, entendido como que lo posterior viene condicionado por lo anterior, los acontecimientos (separación de la familia nuclear, incorporación al grupo de amigos, formación de la pareja, elección profesional) resitúan al sujeto de una estructura diferente de vivencias, configurando una personalidad más o menos adaptada a los requerimientos del medio en que se desenvuelve.

Hemos de convenir, que las toxicomanías tienen algo de contagiosas, de manera especial en momentos álgidos de socialización, cuando la inseguridad hace más necesario el grupo de amigos, se hace perentorio el sentirse aceptado e integrado.

Es en el grupo y en el sentimiento de amistad donde nace la frecuentación de la droga, pues junto a la carga de rito iniciático que conlleva, es un gesto normativo prohibido y sirve como afirmación de la propia personalidad.

Asimismo se da en la adolescencia una carencia motivacional y un narcisismo que inducen al grupo, como factor para salvaguardar la autoestima y enfrentarse al mundo de los adultos.

Es una etapa (con las variaciones lógicas interindividuales) en las que el mecanismo de identidad, se encuentra poco consolidado por lo que le es difícil

manejar sus instintos interiores y elaborar los estímulos exteriores de forma coordinada y armónica.

Existe en la adolescencia una maduración de la personalidad, pero ésta no va en sintonía en todas sus líneas, siendo cada día más precoz su evolución en los aspectos cognoscitivos, biológicos y sensoriales y quedando retrasadas las áreas afectivas y emocionales. Este desfase entre las dos vertientes, ha de tenerse muy presente como concomitante de sus dificultades.

Los problemas se agravan con los padres incongruentes que descargan frustraciones, que sobreprotegen y abandonan, que no aceptan los pasos lógicos de la evolución madurativa de sus hijos, son los que acarean neurosis infantil (entendida como alteraciones de la conducta), que posteriormente dificultarán la adaptación al mundo normal y a superar sus propias tensiones interiores, necesitarán una terapia y el más a mano es la droga.

Observamos que en bastantes casos el comportamiento toxicómano se da en momentos en que el sistema familiar sufre o puede sufrir algún cambio (por ejemplo cuando el joven debiera emanciparse de la familia, pero vemos que existe una dependencia recíproca que le impide desvincularse) ante este enfoque la droga realiza una función distinta en el sistema familiar, cual es eliminar amenazas de cambio.

El fracaso en las relaciones objetales del niño, con su familia, le inducirá a buscar una comunicación con objeto, es decir, con un elemento material en este caso la droga y la buscará fuera del hogar, en el grupo cuya característica y aglutinador es dicha droga, el tipo de relaciones, la jerga..., grupo que verbaliza poco y que por tanto ahonda poco en sus profundos conflictos. Pero este grupo tan escasamente comunicante no le resultará solución con lo que se encontrará aislado, incomunicado con su familia y con el grupo, ante ello comenzará la escalada, empleando drogas más duras.

Desaparece la comunión con el grupo y se entra en la dependencia de la droga como única vía de evasión.

Dentro de los estudios que indagan sobre los motivos para el consumo y no consumo de drogas, citamos el de Recio et al. (1991).

- * Ámbito: Municipio de Madrid.
- * Universo: Población escolarizada de ambos sexos en primero, segundo y tercero de BUP y el primer grado de F.P.
- * Tamaño: 3.743 entrevistas.
- * Afijación: Proporcional.
- * Respuestas disponibles:
 1. Para conseguir placer.
 2. Conseguir experiencias intensas.
 3. Combatir la depresión.

4. Relajarse y reducir tensión.
5. Imitar amigos.
6. Conocer mejor.
7. Tomarlo con amigos.
8. Disfrutar, desinhibirse.
9. Olvidar problemas.
10. Rebelarse a padres.

Razones más aducidas para consumir drogas en 1989:

- Porros: "Disfrutar, divertirse, desinhibirse" (8,0%).
"Tomarlo con los amigos" (5,5%).
- Ácido: "Olvidar problemas" (1,4%).
- Anfetaminas: "Olvidar problemas" (1,2%).
"Combatir la depresión" (1,1%).
- Cocaína: "Conseguir placer" (0,9%) .
- Heroína: "Olvidar problemas" (1,2%).
"Conseguir experiencias intensas" (0,8%).
- Barbitúricos: "Olvidar problemas" (0,8%).

En resumen, la razón más frecuente fue "Olvidar mis problemas" (en cinco drogas).

Predominan las motivaciones hedonistas y de escape. Sólo aparece en una droga, el porro, la motivación social o grupal.

Razones para no consumir drogas.- El temor al daño físico, psíquico y a la adicción eventual que pueden producir las drogas y el simple hecho de no desear experimentar sus efectos son las razones más importantes que se formulan.

Recapitulemos y enumeremos algunas posibles causas inductoras del consumismo de drogas:

- a) Los desequilibrios, conflictos u rupturas familiares. La ausencia del "padre".
- b) Fracasos escolares y de aprendizaje. Escolaridad demasiado prolongada-joven siempre dependiente.
- c) La necesidad de socialización, la falta de relaciones interpersonales conducen a la búsqueda del grupo, para pertenecer a él, para ser aceptado, en ocasiones este grupo es un grupo de droga. Miedo a la soledad.
- d) Experimentar con lo desconocido, satisfacer la curiosidad sobre los

efectos de las drogas. Tener vivencias emocionantes o peligrosas.

- e) Búsqueda del placer y la distracción, antítesis del aburrimiento.
- f) La búsqueda de la autotrascendencia, del sentido de la vida y de la razón para la propia existencia, es una sociedad carente de ideales.
- g) Adquirir un estado superior de "conocimiento" o de capacidad creadora.
- h) Influencia del grupo en la actitud del sujeto, siguiendo las teorías de ASCH (1962) y otros autores sobre la conformidad.
- i) Sistema de escape. Forma de evadirse de los problemas reales.
- j) Símbolo de protesta, de inconformismo contra esta sociedad.
- k) Forma de romper con la moderación y expresar independencias y en ocasiones hostilidad.
- l) Escapar de unas condiciones infrahumanas de vida, ya sea por carencias (económicas, culturales, de albergue...) o por las constantes frustraciones y fracasos que la sociedad provoca.
- m) Falta de oferta de trabajo.
- n) Contacto constante con drogas legales (medicinas inservibles, afrodisíacos...). Medicalización de nuestra cultura (toxicomanía "con receta").
- o) Efectos de otras personas consumidoras y que actúan como modelos de conducta para tomar drogas.
- p) Sociedad consumista, que incita a probarlo todo.
- q) Sociedad que es una "muchedumbre solitaria".
- r) Otra causa que por obvia en ocasiones es olvidada, es la disponibilidad de la sustancia.
- s) Desequilibrios y lagunas en la maduración de la personalidad. Yo lábil, todo ello conduce a la pérdida de identidad.
- t) Problemas importantes de salud mental o estructura psicopatológica (depresión, organización límite de la personalidad...). Esta explicación es válida para un 10% aproximadamente.

Desde la lógica de la complejidad conocemos el gran principio ecológico de que todo incide sobre todo. Las drogodependencias son el resultado del entrecruzamiento de diversos factores culturales, sociales, grupales, biológicos y psicológicos; así como políticos y de sostén económico de innegable poder, sino coercitivo, sí condicionante.

3. EL PRESENTE. Ya pasado

Hoy, no se puede hablar en general de monotoxicomanías, sino de polidependencias. Se ha operado un cambio respecto a la edad, el espectro actual de incidencia abarca desde las últimas fases de la infancia hasta la madurez.

En un encuesta realizada en octubre de 1992 por la Empresa Metra Seis (Cit. ALTUNA. ALVARO, J.L.) sobre un conjunto de jóvenes de 16 a 26 años, residentes en los municipios de la C.A.M. (Comunidad Autónoma de Madrid). Con una muestra de 600 jóvenes y un error estadístico de $\pm 4\%$. Se obtuvo:

- Fuman el 41,5%
- Se han embriagado en el último año el 40,5%.
- Han consumido en alguna ocasión:
 - * Ácidos..... 4,7%
 - * Anfetaminas..... 3,8%
 - * Cannabis..... 19%
 - * Cocaína..... 6%
 - * Heroína..... 0,3%

Subrayamos tres sustancias realmente preocupantes por el grado de ingesta en esta población: alcohol, fármacos e inhalantes.

En los últimos años se ha producido un importante incremento del consumo de alcohol, afectando a un colectivo de adolescentes y jóvenes que duplica o triplica al conjunto de consumidores de drogas ilegales, produciéndose una reducción en la edad media de los casos de alcoholismo detectado, así como en la edad del inicio. A los 15 años, el 96% de los chicos y el 90% de las chicas han consumido alguna vez uno o varios tipos de bebidas alcohólicas. La edad media de la primera embriaguez se sitúa en los 13,4 años. La cerveza es la bebida más consumida seguida de los licores, el vino y la sidra ocupan los últimos lugares (cit. ALTUNA, M. ALVARO, J.L.).

Se ha mostrado cómo el nivel de consumo de alcohol era la variedad más fuertemente correlacionada con el inicio de consumo de otras drogas.

El hecho de la propia accesibilidad del alcohol, sin demasiadas cortapisas por la edad, en una cultura mediterránea podría explicar, en parte su rol y las estrategias de agrupamiento y confirmación de las pandas de adolescente.

Los indicadores de abuso de alcohol aumentan al consumirlo los padres, , pero en mayor medida cuando también son consumidores los iguales (hermanos mayores o amigos).

Respecto al consumo de fármacos, los últimos datos confirman un impresionante ascenso (cit. ALTUNA, M. ALVARO, J.L.).

Relativo a los inhalantes y englobando las sustancias de uso doméstico en estado gaseoso o compuestos orgánicos líquidos muy volátiles cuya sustancia química habitual es el tolueno y su peligrosidad más que por su capacidad adictógena viene de su intensa toxicidad capaz de inducir graves trastornos neurológicos (junto a desorientación. Coma. Cuadros psicóticos. Obstrucción de las vías respiratorias. Muerte por sofocación. Caídas accidentales. Muerte súbita. Toxicidad medular, renal hepática, neuromuscular), que constituyen un fenómeno casi exclusivo de niños adolescentes y jóvenes que lo usan dada la fácil disposición, el bajo costo, la simplicidad de administración y su capacidad de producir hilaridad y euforia.

Cabe afirmar que esos niños toxicófilos, amantes del tóxico, de conducta compulsiva, "surgen" de las zonas más marginales, caen en un abatimiento abisal y muchas veces cuando los exploramos encontramos un gran deterioro cognitivo, un caos psíquico, donde la sustancia ha realizado la función de un lobotomizador químico. En los centros de Reforma de Menores delincuentes, ocasionalmente hemos tenido que realizar por desgracia auténticas "auposias psicológicas".

A dichos centros de Reforma llegan menores cuya conducta adictiva es muy amplia y usual, siendo consumidores de "anfet, caballo e inhalantes", respecto a los "pegamentosos" se debe sospechar su diagnóstico, tanto por una agitación psicomotriz de etiología no aclarado como por el olor característico de la sustancia inhalada, a veces se detecta hasta en la ropa, otras veces se precisará un "screening-toxicológico".

Las razones de esta conducta adictiva, de los menores que llegan a los centros de Reforma se podrían sintetizar en que el proceso delincencial es multifactorial, no se puede hablar de una causa, sino de la interrelación de varias, una de las cuales es la inclusión en el mundo de la droga, esta variable se da en los menores que se implican en hechos de mayor gravedad y conflictividad.

Sin embargo hemos de reseñar que los profesionales de los equipos técnicos de los Juzgados de Menores de Madrid (1989). constatamos que no parece existir una relación positiva entre un contacto previo con la droga y su consecuente implicación en el mundo delincencial.

Asimismo significábamos que el consumo habitual de algún tipo de droga por los menores de los que entienden los JJ.MM. se da en un 15,1% del total, siendo común la politoxicomanía, la persona toxicófila y la asociación de la drogodependencia a otros problemas.

Constatábamos por último la necesidad de un replanteamiento dentro de la red de asistencia al toxicómano de cara a un tratamiento más adecuado de los menores, la voluntariedad junto a una edad mínima de 16 años exigida en muchos casos, cercena posibilidades y hemos de convenir que en algunas ocasiones lo más urgente es ingresar al menor en un centro de desintoxicación pues de otra forma su pronóstico se ensombrece.

En todo caso las características especiales de los menores de reforma que requieren medidas particulares para el tratamiento de su problema son recogidas el 24

de julio de 1985 por el Gobierno al aprobar un Plan Nacional sobre Drogas y calificar a este grupo como colectivo específico.

4. PREVENCIÓN. Respuesta Social.

El abordaje general de las medidas preventivas de dicho Plan Nacional se centra en mejorar las condiciones de vida y de prevenir las marginalidad, partiendo del criterio, de que lo importante es tener programas de intervención en la comunidad que posibiliten la incorporación de toxicómanos.

Todos somos conscientes de la necesidad de una prevención primaria, secundaria y terciaria que vaya dirigida a los no consumidores, a los que se inician y a los dependientes respectivamente.

La familia es el agente preventivo por excelencia y ha de aportar a nuestros niños una educación integral y unas alternativas que permitan al adolescente en sus crisis, avanzar con un Yo fuerte, equilibrado, libre, para que pueda defenderse de las tentaciones del modelo, de las frustraciones de los impulsos, de la oferta de la invitación, del recurso químico para modificar el estado de crisis.

La sociedad tiene que prepararse por la autorresponsabilidad, invocando un plus de creatividad y erradicando la ansiedad que es patrimonio de estos tiempo.

La comunidad científica ha de aportar una explicación paradigmática al sueño crepuscular de esta sociedad y enseñar a cada joven a "conocerse a sí mismo", en lugar de quedarse en una inanición psíquica y una prisa compulsiva, que conducen a la Gran Negociación.

Pasemos a ver CASOS REALES explorados por el autor en el Centro Piloto Nacional de Reforma de Cuenca o en la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia y los Juzgados de Menores de Madrid:

Caso Nº 1:

ANDÍA

Se recibe Oficio de la Magistrado-Juez del Juzgado de Menores núm... de Madrid, remitido al Equipo Técnico número 2, de los de Madrid.

Se realiza un extracto del expediente:

Menor: Andía

Edad actual: 15 años y 2 meses

Padre:

Madre:

c/:

Teléfono:

Fecha incoación: .../.../ 84

Número expediente:.../.../ 88

.../.../88: Denuncia madre: fuga del menor, sustracción de 35.000 ptas.

.../.../88: Denuncia madre: fuga del menor, sustracción de 75.000 ptas.

.../.../88: Denuncia madre: fuga del menor, sustracción de cadena musical.

.../.../88: Notificación de la Policía Municipal al Juzgado por haber sido detenido en estado inconsciente por ingestión de droga.

En todas las ocasiones, el menor ha sido encontrado posteriormente tras haber vendido lo robado y adquirido «colas» y otros inhalantes.

Se realiza la intervención, como obra en el informe:

I.1 *Datos*

Nombre y apellidos: Andía

Edad: 15 años y 2 meses

Procedimiento: Expediente .../88

Sección: ...

Fecha en que se interesa informe: .../.../88

Tipo de informe: Sociofamiliar y psicológico.

Realizado. Equipo Técnico de Apoyo al Juzgado de menores d Madrid,

núm...

I.2 *Exploración Realizada*

- Conversación en ... con el educador del Ayto.... .../12/88
- Conversación con el menor y su hermana ... en su hogar .../12/88
- Conversación en el Juzgado con la madre. .../12/88
- Corman. .../12/88
- Goodenought. .../12/88
- Bender. .../12/88
- Frases incompletas (Sacks y Levy). .../12/88
 - Machover. .../12/88
- WISC. .../12/88
- CACIA. .../12/88
- Entrevista clínica .../01/89
- MIMPI. .../01/89
- Observación directa, conducta ante la exploración. .../01/89
- Conversación telefónica con la madre. .../01/89
- Entrevista en el Juzgado con la madre. .../01/89
- Entrevista en el Juzgado con el menor. .../01/89
- Elaboración de informe. .../01/89

I.3 *Aspectos Familiares.*

Padre, madre y 4 hijos: Andía es el menor de los hermanos.

Ambos padres trabajan, en distintas actividades laborales fuera de su domicilio...

... el actual trabajo del padre provoca que esté ausente del domicilio de lunes a viernes.

Los hijos con edades de 24, 21, 20 y 15 años, respectivamente, se dedican a distintas actividades.

Andía ha sido el único de los hermanos que, según los otros miembros de la familia, ha presentado una problemática personal.

Nivel socioeconómico y cultural: puede situarse en un nivel medio, constatándose fluctuaciones que producen cambios en la dinámica de la familia....

El domicilio bien equipado y de dimensiones suficientes...

El barrio está compuesto por una población nueva, provenientes de otras zonas... Existe una buena oferta de servicios a distintos niveles....

Historia familiar: debido a la profesión del padre, la familia ha tenido constantes desplazamientos y cambios de domicilio y localidades... Este factor es comentado por el menor a menudo...

Se observa que apenas existen vínculos con su actual entorno social, con contraposición con los que reitera haber tenido con otros lugares y personas de su pasado reciente

Momento actual: ... la madre ... valora la posibilidad de iniciar la tramitación para una separación real y jurídica.

La relación del menor con los miembros de su familia es conflictiva, especialmente con respecto a su padre, hasta el punto de que en la actualidad no se hablan. Según nos comenta su madre, hay una evasión por parte del padre, en cuanto a la problemática del menor...

Hay una preocupación e interés por parte de la madre, si bien su dedicación laboral y doméstica reduce significativamente el tiempo de atención a su hijo.

1.4. Aspectos sociales

La vida cotidiana de Andía, después de su abandono escolar, transcurre sin actividad normativa ni formativa alguna....

Muchas de las salidas del menor están motivadas por el consumo de inhalante (pegamento). El dinero lo consigue de pequeñas sustracciones en su casa.

No existe ningún criterio que nos lleve a pensar en la comisión de otros actos delictivos...

I.5. Aspectos escolares

... Hay que resaltar los continuos cambios de Centro Escolar...

De las distintas pruebas psicopedagógicas... se deduce su nivel normal de aptitudes para el trabajo escolar.

En el actual curso académico, matriculado en el Instituto de FP en la especialidad de Secretariado, ha existido un abandono escolar, voluntario....

Esta apatía y falta de constancia también se ha reproducido en otros aspectos, más de formación laboral, como una breve experiencia de «aprendiz de camarero»...

En cuanto a los aspectos deportivos, se vuelve a reproducir idéntico esquema....

I.6 Aspectos psicológicos

I.6.1. Nivel cognitivo-intelectual

WISC

En la escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC) que mide.... obtiene unas puntuaciones muy homogéneas inter e intras test.

Alcanza un CI Verbal de 112.

Alcanza un CI Manipulativo de 113.

Alcanza un CI Global de 115, lo que le sitúa en el rango de normal-alto, según escala de Wechsler.

Destaca en comprensión.

Goodenough

..... La evolución gráfica adquirida es correcta.

I.6.2. Nivel perceptivo

Bender

No existen problemas perceptivos. Su maduración giestáltica visomotora es correcta.

No se aprecia en la actualidad ningún deterioro de esta facultad, provocado por el consumo de inhalantes.

I.6.3. Personalidad

Corman

Representa tres figuras (micrografías) juntas y sonrientes, compuestas por madre, hijo (en medio de las figuras parentales) y padre.

... « es feliz porque sólo tienen un hijo, y si tienen un problema, sólo es uno y no cuatro».

«Pero si hay más hijos hay más problemas y uno de los padres al final se harta y al final adiós». (Es claro que hace referencia a su propia familia).

Machover

«Está enfadado porque no tiene amigos. Es muy solitario.....»

Frases incompletas (Sacks y Levy)

« Si mi padre por lo menos me hablara».

« Creo que tengo capacidad para dejar la cola».

« Mi mayor error fue meterme en la cola».

« Algún día yo me reiré del mundo».

« Pienso que mi padre es un cabrón»....

CACIA

En el cuestionario de auto-control infantil y adolescente, con un coeficiente alfa de Crombach de 0,79.

Alcanza:

- Baja puntuación en retroalimentación personal (RP) ... significa
- Puntuación alta en retraso de recompensas (RP) es ...
- Puntuación alta en auto-control criterial (ACC) ...
- Puntuación alta muy significativa en auto-control procesual (ACP)...

MMPI

Puntuación alcanzadas, según codificación de Welsh.

Escalas Clínicas 8* 479 " 1/02536# -

Escalas de Validación F " 1K : ? -

Interpretación

Interrogantes (?): ...

Sinceridad (L): ...

....

....

Escalas Clínicas:

....
....

Diagnóstico

Su puntuación es marcadamente significativa en Sc. y significativa en Pd., Pt. y Ma.

La validez de la prueba es correcta.

No puntúa en la tríada neurótica.

Existen, sin embargo, unas puntuaciones que correlacionan positivamente entre sí y que nos sitúan ante una personalidad desequilibrada con rasgos de desviación psicopática, compulsivo en sus actos, con dificultad de concentración y con pensamientos y conductas inusitadas y extrañas.

De todo ello

En el caso de Andía tenemos constancia de su dependencia de inhalantes del tipo hidrocarburos alifáticos (goma de pegar), el uso continuado produce intoxicación que conlleva efectos psicoactivos.

... Cabe inferir un desajuste emocional provocado por las características psíquicas del menor, junto al deterioro de las relaciones familiares.

Debe significarse que la realización de la prueba MMPI de Hathaway y Mc Kinley, que evalúa distintos aspectos de la personalidad, relacionados con la adaptación personal y social del sujeto, se produjo en pleno período de dependencia de inhalantes, lo que nos sitúa en que si bien su estado no era de abstinencia, puede existir un confusiónismo mental....

Su madre y el propio menor nos informan que se trata de un enfermo que está entrando en cronicidad, con una escala y preferencia hacia niveles de intoxicación más intensos, lo que, de seguir en este proceso, conllevará complicaciones renales y hepáticas, junto a un deterioro cognitivo, relacional...

El uso de inhalantes trae consigo, en el caso del menor estudiado, cambios conductuales desadaptativos del tipo apatía y deterioro de la actividad laboral y social.

Síntesis

Siguiendo el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III R de la American Psychiatric Association, nos encontramos con el diagnóstico cuya nomenclatura es 305, 90: Trastorno mental, por dependencia de inhalantes (dentro de los trastornos mentales orgánicos provocados por sustancias psicoactivas).

Entendemos que éste es el trastorno grave y central en la actualidad, ello no es óbice para que también se aprecien unas características de desviación del pensamiento (no enfermedad mental)...

No desearíamos que, ante este diagnóstico, se infiera que nos encontramos

ante un menor con marcados trastornos mentales, sino que todos los factores nos señalan que, de no romper su ciclo vital conformado por un posicionamiento aislacionista y por la dependencia a la droga, es patente un deterioro grave de todos sus potenciales.

I.6.4. Entrevista clínica

- Se hace un análisis de realidad....
 - « El verdadero y primer problema es el pegamento (fue anterior al problema relacional con mi padre)».....
 - « Uso el pegamento como refugio».
 - « Me fugo para conseguir que me hagan caso».
 - « No soy adicto a otras drogas, por miedo al deterioro físico y porque arruinaría a mi familia».
 - « Comencé con pegamento para probarlo, pero ahora lo necesito como evasión porque alucino y juego con la pared, veo un ordenador ...cada vez uso más pegamento».
 - « Me siento culpable por el pegamento. Hoy en día cualquier cosa me sirve para ir al pegamento para vengarme, porque yo soy la última mierda. El pegamento hoy para mí es mi padre, te habla, juega contigo, es como un padre pero mejor. Yo tengo muchas alucinaciones y así voy tirando»....
 - Expresa que es un derrotado, que la vida que ha vivido no le gusta, que por lo tanto no le importa el futuro....

I.6.5. Observación directa: conducta ante la exploración

Andía se ha mostrado colaborador y con un buen ritmo de trabajo.

Empatiza con el entrevistador.

... no ha sido sincero hasta el final.

En ocasiones se muestra muy parco en palabras, llegando a encerrarse en sí mismo, mostrando bloqueos y negativismo, junto a ello inicia movimientos de bamboleo de las piernas ...

Oculto los ojos con las manos, etcétera.

En otros momentos habla relajada y abiertamente, y resulta simpático y agradable.

Se aprecia que necesita comunicarse y contar « su verdad», pero que le resulta muy difícil.

Es notable su contraposición de gestos y de diálogo...

Muestra reiteradamente desconfianza del mundo adulto, salvo de su madre...

Da la impresión de « deshilachado», de apático, carente de voluntad y fuerza.

La imagen de sí mismo que expresa es: fuguista pero no delincuencial, inteligente pero con problemas personales.

La madre nos relata:

- « Que se fuga reiteradamente, cada vez los robos en casa son de mayor cuantía...»

- « yo creo que mi hijo tiene algo en la cabeza», « yo creo que el problema está en él», « nunca ha tenido un amigo».
- « su personalidad es muy inestable desde que era muy pequeño» (se le realizó un encefalograma).

I.6.6. Síntesis diagnóstica

Nivel de inteligencia correcto.

Trastorno mental por dependencia de inhalante, lo que, junto a sus características psíquicas, podrían abocarle, de adulto, a un trastorno esquizoide de la personalidad.

Fracaso escolar por falta de orientación propia correcta, que condujo a la actual desmotivación; nivel de aptitudes normal para el trabajo escolar.

Conflicto familiar con efectos negativos sobre el menor.

Falta de contactos y relaciones sociales.....

I.6.7. Orientación

Si así lo estima S.S^a, la medida oportuna sería la de libertad vigilada, temporalizada en 8 meses. Con los siguientes contenidos:

En un primer momento, entendemos como necesario su incorporación a una comunidad terapéutica de desintoxicación, en donde al mismo tiempo reciba una psicoterapia individual¹.

Superada esta fase, ha de gestionarse su ingreso en actividad formativa y laboral. En este sentido, en conversación con la madre el día .../.../89 se le dio información de los Servicios Sociales y Educativos existentes en su zona.

En Madrid a de enero de 1989.

Fdo. por: el Psicólogo y la Educadora del Equipo Técnico del Juzgado de Menores, núm...

A los pocos días, la juez nos remite al equipo técnico un escrito, en el que nos informa de que: En el expediente... del menor Andía..., en fecha... de enero del corriente se ha dictado resolución por la que se ha impuesto al menor la medida de libertad vigilada, nombrándosele, a fin de llevarse a cabo la misma, Delegado Profesional Técnico que inicie su actuación, de acuerdo al plan previsto en el informe emitido por ese Equipo.

En fecha... de febrero del 89, se dan al Delegado Técnico las orientaciones que estimamos oportunas, acordes a las plasmadas en el Informe.

¹Posibilidad aceptada por el menor.

A... de julio del 89, citados por la juez y junto al delegado se nos informa de que, dada su edad, no se ha conseguido integrarlo en Comunidad Terapéutica de Desintoxicación. No han llegado nuevas diligencias al Juzgado. El Delegado expresa que es posible el consumo puntual de droga. S.S.^a nos solicita actualización de la valoración.

ANEXO 1.

Junto a los datos identificativos, el Equipo Técnico eleva a S.S.^o informe el ... de julio del 89, del que destacamos: entrevista con el menor y su hermano. Nos relatan la posibilidad de que Andía entre a trabajar como pinche en un restaurante (nos facilitan señas...), concretamos se pongan ese mismo día en contacto con el Restaurante y al día siguiente con nosotros (lo que realizan).

Quedamos citados nuevamente con Andía para el .../8/89, para conocer y evaluar conjuntamente su incorporación al trabajo y su relación consigo mismo y con los demás.

ANEXO 2.

Se constatan los distintos contactos mantenidos con Andía, fechándolos en tres ocasiones. Resumimos: Se encuentra muy animado, expresa « el pegamento está olvidado». Mantiene excelentes relaciones con la pareja que regenta el negocio « me llaman el hijo adoptivo » ... Gana 60.000 ptas/mes, que entrega en casa (se ratifica en llamada a su madre), quedándose con 12.000 ptas que consigue de «bote» ... Relata que la relación con su familia ha mejorado positivamente (contrastado por su hermano)... Lo firmaron en ... del XI de 1989 la educadora y el psicólogo que realizan el seguimiento.

ANEXO 3.

Se refieren a S.S.^a las conversaciones mantenidas en dos días consecutivos: en la primera, llama la madre del menor para comunicarnos que Andía ha abandonado al restaurante en el que trabajaba, estando tres días sin acudir al mismo... que, en el momento actual, no es admitido su reingreso que el propietario temporalmente ha contratado a otra persona... al mismo tiempo el menor se niega a ir al restaurante para dar una explicación... la madre ha constatado que su hijo ha vuelto a su conducta de inhalar pegamento... observa que Andía se están encerrando en sí mismo (conductas semiautísticas ya apreciadas...). Se expone inmediatamente la situación a S.S.^a, aduciendo las razones que pudieran hacer aconsejable una terapia psicológica del menor.

Al día siguiente y sin tiempo para haber intervenido con Andía, llama su hermana informándonos que se ha fugado, con unas 70.000 ptas, de su hogar. La madre ha interpuesto la oportuna denuncia en la Comisaría.

A los dos días llama su hermano, informándonos de que Andía ha regresado a casa, hablamos telefónicamente con el menor y lo citamos en el Juzgado,

conversamos largamente y, ulteriormente, pasamos ante S.S.^a. Todos apreciamos la necesidad perentoria de su ingreso en un Centro, tanto por su reincidencia delictiva (robos en el hogar), como por su estado de drogadicción (el jersey está embardunado de pegamento). Andía parece entender y aceptar la medida judicial que se concreta en el internamiento en el Centro de Acogida y posterior para a Centro de Reforma, dependientes ambos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Han pasado dos años, y con esta perspectiva valoramos como acertada la decisión de internamiento. De ahí pasó a un hogar protegido, dependiente de la CAM, volvió a trabajar en un restaurante-pizzería y ha cursado Informática. Por el momento y en lo que sabemos ha evolucionado positivamente.

Las causas que nos han aconsejado traer a esta páginas el caso denominado Andía son: el tiempo transcurrido permite ver la evolución. Todos los profesionales del Juzgado implicados (juez y equipo técnico, por entonces no contábamos con la presencia del fiscal), entendimos como esencial el bien del menor y, ante todo, su salud. Atrás quedan decisiones que el lector deberá valorar y juzgar: ¿Que hacemos con los menores de 16 años, pero próximos a cumplirlos que puedan acceder a un trabajo con horario asequible? ¿Infringimos la ley o abortamos una actividad, la actividad más normalizadora? ¿Qué hacemos con los menores toxicómanos, cuando los Centros de Desintoxicación no los aceptan por su edad inferior a los 16 años necesarios? ¿Puede y debe utilizarse un Centro de Reforma puntualmente como de deshabitación en circunstancias límites?...

Caso nº 2

REY LAGARTO

El hecho

Eligio (16 años y 3 meses en el momento de la exploración), junto a X e Y, ambos en Prisión Provisional, son denunciados por robo con Intimidación, en un domicilio (chalet), estando la Sra, dentro, a la que obligaron a estarse quieta. Existen distintas denuncias en La Moraleja, de diferentes personas -franceses, suizos- del mismo tipo de robo en distintos chalets.

El informa Pericial emitido por el Grupo de Policía Científica, sobre Identidad Lofoscópica, emitido en mayo del 93, revela 18 huellas digitales, que asentaban en la cara externa del cristal de una de las puertas correderas del salón. Se obtuvo la evidencia de que habían sido producidas por los dedos medio, anular y auricular de la mano izquierda de Eligio.

La intervención

Se realiza la siguiente exploración psicológica y se elevan informes en el plazo de dos días.

Entrevista con la madre. Mujer de 42 años, auxiliar doméstica en el Ayuntamiento con un horario comprendido entre las 15.00 y las 23.00. En su

matrimonio tuvo tres hijos, dos de ellos trabajaban, la hija, a su vez, aporta 2 hijos. El marido abandonó el domicilio familiar, nunca ha mantenido contacto con ellos, ni les ha ayudado económicamente. De una convivencia posterior, nacieron Eligio y Adolfo (fallecido hace 10 años); relata que el progenitor era muy violento y desequilibrado, no ha mantenido contacto con Eligio. De otra relación posterior, nacieron los dos hijos pequeños; el padre mantiene contactos telefónicos y ayuda económicamente de forma esporádica. La familia lleva afincada 22 años, la vivienda que ocupan es de alquiler, perteneciente al Ayuntamiento, suficientemente grande para el número de personas que conviven en el domicilio familiar.

Eligio estuvo interno en distintos centros de protección, desde los 3 a los 14 años, cursó hasta 7º de EGB; matriculado posteriormente en una academia para la obtención del 8º, no llega a finalizarlo. Ha realizado distintas actividades de carácter laboral, últimamente una sustitución como pinche de cocina en una residencia de ancianos.

Define a su hijo como « inteligente, nervioso, no agresivo. Si bien fuma tabaco, no creo que consuma otro tipo de sustancia». « La hora fijada para llegar a casa son las 23,00, pero él es el que tiene que decidir.»

En relación a los hechos, expresa su malestar por todo el proceso seguido (aparición en la prensa, detención de varios días en comisaría....); que valora « ha sido muy duro », y considera que Eligio no ha participado en los hechos que se le imputan.

La entrevista muestra una madre sobreprotectora y encubridora.

HSPQ. En el Jr. Sr. Hig School Personality Questionnaire, Form. A. de CATTELL, R.B. Que aprecia catorce rasgos de primer orden y cuatro de segundo orden de la personalidad. Que cuenta con una fiabilidad Rxx de 0.81. Obtiene:

Factores de Primer Orden

Factor	A	C	D	E	F	G	H	I	J	O	Q2	Q3
Q4												
Decatipo	8	7	97	2	6	7	7	9	3	9	10	3

Factores de Segundo Orden

Factor	QI	QII	QIII	QIV
Decatipo	3.2	4.2	2.7	5

En el factor B, obtiene un decatipo de 3. Consideramos que este bajo puntaje viene fundamentado en dificultades de fijación de la atención promovido por secuelas de la ingesta de sustancias psicotrópicas que «nublan» un potencial cognitivo más alto. Es menester apuntar la posibilidad de un deterioro cognitivo provocado por la misma etiología (consumo de anfetaminas y alucinógenos de forma continuada: 4 años). En todo caso, la puntuación obtenida no seña ni invalida el resto de la prueba.

El perfil general que obtiene Eligio contiene profundos «dientes de sierra», con puntuaciones extremas; por ende, clínicamente resulta significativo. Se interpreta

como: Conductas compulsivas, con un férreo autocontrol. Estas conductas le aportan seguridad personal, tomando desde ese instante el convencimiento de su propio poder. Junto a ello se aprecia un altísimo nivel de autosuficiencia, considerándose superior, por lo que siempre prefiere sus propias decisiones, no evaluando formalmente los criterios de los otros.

Entrevista Clínica. « Yo no estoy confuso en este momento y siempre estoy absolutamente consciente. Entiendo y soy responsable de lo que digo ».

« Yo creo que soy un chaval como todos, con cambios de pensamiento. Yo realmente pienso y vivo más que los de mi edad, he vivido más, he pensado más y he sentido más ».

« Yo estoy aquí, soy carne y hueso, pero no me atrae este sistema de política, trabajo y engaño a la gente, yo paso de la gente, de mi familia; yo vivo conmigo y con otros tres amigos, somos tres en uno. Yo soy el Rey Lagarto, porque parto y reparto. Otro es el Gran Halcón, distingue a los demás, si es sincero... Otro, Perro Verde, es el que está todo el día en la vida mugre implicado. El último es la Luna, que organiza las fiestas. Tenemos de 16 a 27 años, trabajamos cuando lo necesitamos o lo vemos interesante».

« Yo por situaciones familiares he vivido en internados. Me di cuenta que eso no es para mí, me fui a la vida de la calle».

« Yo he tenido un mínimo de contacto con la droga, pero luego soy sano. Consumo ácido (puro) y anfetaminas (teóricamente eso me daña el cerebro y el estómago), luego fabrico cosas buenas (relajación mental)». « Yo puedo ser el mejor médico, el mejor psicólogo, el mejor juez.» « Yo consumo dos gramos de ácido cada día, pero no me quedo colgado. A mí me gusta jugar con la naturaleza, hacer droga con sesos de burro, mandrágora...» « Yo tengo odio y rabia al mundo» « Yo decido sobre mí mismo ».

Desde el primer momento de la entrevista, este facultativo, subjetivamente cree captar en el explorado indicios de implicación en conductas drogodependientes, por ello conduce la entrevista con el fin de verificar o denegar esa hipótesis. El consumo de drogas se ratifica, así como sus relaciones con personas asociales.

No se advierte en la exploración confusión mental o distorsiones graves del pensamiento con desestructuración espacio-temporal; no se detectan trastornos perceptivos posalucinógenos.

Diagnóstico. Estimamos que Eligio es un muchacho que ha sufrido muchísimo en su primera infancia por problemas familiares graves, aflorando un síndrome institucional. Esta historia vivida no ha sido elaborada, ni tratada, quedando un marcado trauma. El mecanismo defensivo, puesto como un baluarte ante el daño sufrido, es una racionalización y conceptualización del odio, rabia e impotencia que tiene « hacia los otros ».

Junto a ello se ha ido autoformando, convirtiéndose en un autodidacta, autosuficiente. Es destacable, como positivo, concepciones altruistas y de hermandad

hacia los otros. Su salida a sus problemas ha sido y es el escape «hacia el interior», en confrontación con las normas sociales; para ello «practica» sus propias razones, se une a un grupo de iguales, que o bien son desechados por la sociedad o se han automarginado.

Intenta calificarse en el concepto de *hippy* de la vida, acercándose al mundo de la droga desde ese pensamiento y como enriquecimiento personal; convirtiéndose las anfetaminas y primordialmente el ácido en sistema de escape de una realidad insatisfactoria.

Su pensamiento adolece en ocasiones de realidad; sus argumentaciones son estereotipadas, su actitud y conducta motriz constatan un altísimo grado de nerviosismo, ansiedad e hiperkinesia (temblores....), se fatiga mentalmente ante tareas que exigen concentración.

Todo ello nos señala inequívocamente una personalidad enferma y una adicción que está dañado seriamente a Eligio. Su consumo de lo que él llama «ácido puro» conduce inexorablemente a los síntomas descritos para la ingesta de LSD (dietilamida de ácido lisérgico), con sus consecuentes alucinosis: ilusiones despersonalización, alucinaciones y sinestias (percepciones visuales, auditivas....), esto no quiere decir que estos síntomas no ocurran durante un estado de vigilia y alerta, pero el paciente cree poder controlarlos.

Eligio expresa que también consume simpatomiméticos, por lo que es catalogable de politoxicómano.

Diagnóstico D.S.M.-III.R (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association).

Eje I. 312.90 Trastorno de Conducta grave.
304.50 Dependencia de alucinógenos.

Eje II. 301.20 Trastorno Esquizoide de la Personalidad.

Orientación. Consideramos que Eligio precisa un apoyo y reestructuración psicológica. Además precisa de un servicio de Salud Mental, donde puedan realizarse los estudios pertinentes analíticos, o se pueda administrar fármacos si así se estima, en este sentido debiera asistir a un CAD (Centro de Apoyo al Drogodependiente). Al tiempo debe asistir a las sesiones psicológicas en el Servicio de Salud Mental y Programa Infanto Juvenil.

Somos conscientes de su rechazo frontal a este tipo de intervención por valorarlo como no necesario (ésa es su auténtica patología), pero, de no llevarse a efecto, consideramos que su pronóstico se ensombrece.

Por otro lado, resultaría fundamenta, como pauta normalizadora, su inserción laboral.

Juzgado de Menores Nº X. Junio del 93

Resolución... Consta en el Expdt. el informa pericial de localización lofoscópica de impresiones digitales, así como el acta de reconocimiento judicial en rueda.

- Por haberse acordado en fecha, y a propuesta de M^o Fiscal, ha sido el menor examinado por el Equipo Técnico.
- Fundamentos de Derecho: Robo con intimidación. Aún habiendo alcanzado aquél la mayoría penal, resulta lo más conveniente la Libertad Vigilada, como marco educativo adecuado para establecer el plan intervención diseñado por el Equipo Técnico.

Fallo: Procede imponer a Eligio la medida de Libertad Vigilada durante nueve meses, debiendo al efecto proceder a dar de alta a la Delegación Técnica de Libertad Vigilada, que rendirán información quincenal del seguimiento del plan de intervención establecido.

*Informe de la Delegada de Libertad Vigilada.
Septiembre, octubre, diciembre del 93.*

Eligio dejó la imprenta «porque era muy duro». Ha comenzado a trabajar en la fábrica de leche La Láctea, cobrando 8.000 ptas. por cinco días a la semana, trabaja con su hermano, se levanta a las 6 de la mañana. La madre cree que ya no se droga. Ha conocido a una amiga de Lugo.

Eligio se hace análisis dos veces por semana, para comprobar su no adicción a las drogas, en el Centro de Atención y Ayuda al Toxicómano, dando los análisis negativos.

La psicóloga del Equipo de Salud Mental informa que Eligio acude siempre en terapia.

*Informes de la Delegada de Libertad Vigilada.
Enero, febrero del 94.*

Eligio se mantiene sin consumo de drogas, pero no ha variado su estilo de vida, claramente marginal y conflictivo.

Se le ordena (orientados por el Equipo Técnico) que cada 15 días comparezca en el Juzgado. Mejora de aspecto, dice que «pasa» de hacer tonterías, que ahora quiere ser un «chico pijo». Desea que se «acabe el tema del juzgado, para poderse ir a Lugo, con el amor de su vida».

Juzgado de Menores N^o X. Marzo del 94.

Habiendo finalizado el plazo de tiempo para el que la medida de Libertad Vigilada fue adoptada sin que se haya producido incidente alguno, procede la cancelación de la medida de Libertad Vigilada.

Caso nº 3

Sayonnara

El hecho

La policía recibe una llamada telefónica para personarse en el domicilio de D^a Inmaculada, requeridos por una hermana de ésta, D^a. Dolores, que había sido agredida por parte de su sobrina de 14 años, sin mediar motivo aparente, con un cuchillo, por la espalda, asestándole una puñalada y causándole lesiones, haciendo entrega a la Dotación del cuchillo. Presentándose un Equipo UVI del Hospital de la Paz, que trasladó a la lesionada y a la menor del centro hospitalario, quedando internadas para observación, ya que la menor había estado anteriormente sometida a tratamiento psiquiátrico. La lesionada manifestó su intención de no formular denuncia del hecho.

Parte médico: «Herida incisa (por arma blanca) en zona dorsal de hemitorax derecho, neumotórax más hemotorax derecho causados por agresión. Pronóstico grave».

La intervención

Informe Psicológico de urgencia. 1 de julio del 93.

Entrevista con los padres (13.30). Vienen acompañados de su abogado, el cual solicita estar presente en la entrevista. Padre: D. Fujiro Kato (46 años), regenta un restaurante japonés. Madre: D^a Inmaculada (45 años), representante de un laboratorio químico. Hijos: Inés (menor que nos ocupa); Juan, 11 años, estudiante 6º EGB.

Vivienda en propiedad, barrio de clase media, ingresos económicos suficientes.

Centran la problemática de Inés en rasgos de carácter (apatía, dejación, etc), que brotan un año posterior a la aparición de la menarquía. Estas desviaciones de la conducta y psíquicas conducen a los progenitores a llevar a su hija a distintos servicios de psicología y psiquiatría. Se la empieza a tratar con psicofármacos, tema central al que la madre con auténtica verborrea se refiere obsesivamente.

En relación a los hechos, entienden que la posología farmacológica ha sido la causante, dadas las variaciones en la intensidad de administración. Expresan: «Inés actualmente está en contra de todo, padres, hermano». «Fuera de casa me siento feliz».

Hacen entrega de una copiosa documentación que posteriormente se extracta.

Entrevista Clínica con Inés. Dado lo avanzado de la hora: las 14,30, la misma intenta ser de screening (detección).

La menor impresiona por su aspecto añorado y algo descuidado. Se presenta a la Instancia desinhibida, sin mostrar inseguridades, miedo, etc.

Mediante preguntas sencillas se aprecia un correcto potencial cognitivo, con facilidad de comprensión, elaboración de ideas, pensamiento alternativo y causal. Se confirma un correcto enclavamiento espacial y temporal.

Entiende y así lo expresa con fluidez, claridad y distanciamiento, que no es una enferma menta, si bien ha intentado dar esa imagen, a ese respecto, verbaliza que tras conocer la enfermedad por programas de T.V. relativos al tema y tras consultar en enciclopedias (lo que resulta ser cierto, dado el conocimiento del tema que demuestra a preguntas del entrevistador), se mostró víctima de anorexia (patología psicósomática que cursa con la no ingesta de alimentos), no oscilando a bulimia (comida compulsiva, sin límite para saciarse). Lo significativo y reseñable en su manifestación de que de hecho comía, siendo todo una maniobra para preocupar a sus padres.

Relata que ha intentado confundir a psicólogos y psiquiatras, «que se dejan engañar fácil», para que concluyan que padece trastornos mentales. Verbaliza que nunca ha ingerido los fármacos en forma de cápsulas, escondiéndolos debajo de la glosis para luego escupirlos. Sin embargo manifiesta una clara dependencia de los psicofármacos «es ideal porque estás todo el día gilipollas».

Centra el tema así: No tiene problemas, salvo que no tiene amigos (no es capaz de elaborar el porqué de estas dificultades socializadoras), y no quiere a sus padres, así de claro, no los quiere; le es igual que sufran, es más prefiere causarles dolor y sufrimiento, aunque para ello se autosancione o flagele.

Dice cosas que impresionan, del tipo «no soporto a los chinos» (referido a su padre japonés). No es capaz, o no lo hace, de explicar el porqué de esa desvinculación.

Respecto a los hechos, niega cualquier influencia farmacológica o trastorno mental, transitorio o no; razonando que clavó el cuchillo a su tía, igual que lo podía haber hecho a otro miembro de su familia, conducida por la rabia e impotencia que le supuso el trato que le proporcionaron: «no me dejaron escaparme de casa», «mi tía me dijo que había que tratarme como a una niña», «que tenía que obedecer a mi madre», y no lo aguanté.

Comenta, que en el momento anterior a su conducta, pensó fríamente lo que iba a hacer y en sus consecuencias, intentando que no fueran excesivamente graves, «clavar poco el cuchillo»; respecto al instante ulterior y momentos posteriores, expresa que no ha sentido ningún tipo de remordimiento, si bien le llamó la atención a reacción de su tía y madre, «lloraban, me gritaban, estaban histéricas».

Respecto a si necesitaba o requiere algún tipo de tratamiento, manifiesta que no, y menos un manicomio, sí le gustaría que le administrasen «píldoras».

Relativo a si merece una sanción, expresa: «no sé», en todo caso me es igual cualquier centro de castigo, si no a realizar algún hecho del tipo que le ha conducido a esta Instancia Judicial. Y, sin más, se despide cortésmente.

Observaciones: El tono de voz, la comunicación gestual, etc., nos enfrentan con una dureza y distanciamiento del grupo de pertenencia impresionantes.

Su frialdad y capacidad de racionalización explicativa de los hechos, bien pudiera ser mecanismos defensivos hipertrofiados, o una contante llamada de atención mediante conductas que van en aumento, como forma de ser «atendida» y «querida» por sus progenitores...

Resulta cierto que existe un claro daño psíquico, habiendo desarrollado unas conductas psicopáticas. La «racionalización» de sus conductas y actitudes reafirma la hipótesis de un marcado cuadro patognómico.

*Extracto de la documentación aportada.
(Fechada en junio del 93)*

Clínica López-Ibor. Vista en Consulta en mayo, junio y septiembre de 1992, diagnosticada entonces de fobia escolar y rasgos de anorexia, no hizo correctamente los tratamientos e ingresó de urgencia en noviembre por acentuación de sus trastornos de conducta, permaneció en una planta de régimen cerrado y se comportó con normalidad, se le medicó con propericiacina, por vía oral, según tolerancia. Fue dada de alta en diciembre del 92, y se la vio posteriormente en revisión, volvía a presentar dificultades de convivencia en la familia y se mostraba fóbica y sobre todo manipulativa. Tomará en el desayuno y comida una cápsula de Prozac de 20 mg. y un Trankimazin de 1 mg.

Hospital de la Paz. Niega trastornos de la sensopercepción y S.P.R. No trastornos en el curso del pensamiento... Gran indiferencia afectiva. No trastornos del sueño.

Hospital Ramón y Cajal. Exploración psicopatológica: consciente, orientada... Indiferencia afectiva. No conciencia de enfermedad. Trastorno de la personalidad. ¿Conducta manipulativa? Dada la negativa familiar a ingresarla en el Alonso Vega, se remite la paciente a Sanitas. La paciente se niega a ingresar en «un psiquiátrico», dice que ella no está enferma y «lo más fácil es que mi madre me meta en un manicomio», «pero tampoco quiero ir a casa porque no quiero a mis padres».

Instituto de Cirugías Especiales. Alterna días y momentos de alteración de la personalidad con normalidad... Se pide cama en San Miguel.

Conclusiones. El abajo firmante, no puede por esta breve entrevista realizar un diagnóstico (etimológicamente hablando), pero sí desea constatar y reflejar para hacer llegar a S.S.^a a la mayor brevedad.

1. Se estima como situación grave y de alto riesgo la situación de Inés.
2. Convendría proseguir en la exploración iniciada por este facultativo, junto a la del compañero educador, en aras de acortar posibles patologías en la menor, así como la etiología de las mismas.

Por ello y si así lo estima S.S.^a y dada la complejidad del caso, solicitamos de S.S.^a nos sea concedida ampliación para elevar informe definitivo, según recoge el artículo 4º de la Ley Orgánica 4/1992 de 5 de junio sobre Reforma de la Ley Reguladora de la competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores.

3. Orientamos: Medidas Cautelar de Internamiento.

Fdo: Javier Urra. Psicólogo de la Admón. de Justicia

Informe Psicológico (II). 13 de julio del 93.

Entrevista con los padres. Acompañan dos informes, de los que extractamos:

Sanatorio San Miguel. Estudió hasta 8º de EGB, año 91 decide dejar los estudios, lo que motiva la primera consulta psiquiátrica: intenso retraimiento, ausencia y otras alteraciones conductuales. Mayo del 92, diagnóstico de depresión y fobia escolar, tratamiento con Fluoxetina y Alprazolam. Diciembre del 92, ingesta masiva de medicamentos, es dada de alta con medicación neuroléptica (Nemactil+Biperideno). Junio del 93, ingresa de urgencia, traída por los padres y en contra su voluntad, tras haber pasado por varios servicios de urgencia. A los dos días se escapa de la clínica, siendo encontrada y traída por la policía al día siguiente. Junio del 93.

Gabinete de Psicología Psique. Entrevistas con padres y niña. Aplicación de Rorschach; Test proyectivos gráficos. Bender. Philipson. Inés presenta un desarrollo evolutivo normal para su edad cronológica en los aspectos intelectuales. Callada y tímida. Psicológicamente es una niña. muy débil con grandes problemas de comunicación y de relación con otras personas, ya sean adultas o niñas. Hay un conflicto latente, en su historia de relaciones sociales con dificultades a la hora de adecuarse con objetividad a la realidad. Se diagnosticó una anorexia nerviosa. Inés tiene una gran frialdad afectiva. Se observaron ilusiones recurrentes, relaciones inadecuadas en la interacción cara a cara debido a su afecto restringido y frío, suspicacia o ideación paranoide y ansiedad social indebida, con hipersensibilidad a las críticas reales o imaginarias. Se practicó un tratamiento de psicoterapia de apoyo, que se vio interrumpido tras la agresión violenta que realizó a su tía. Fechado en junio del 93.

Conversación con los padres: «Es muy fría, calculadora y práctica». «No creemos que sea un problema de culturas.» «Está rebelde, en su infancia no se ha expansionado.» «Su hermano es normal, no la entiende.» «Creemos que puede repetir estos graves actos y que puede volver a tomar drogas, consiguiéndolas por su parte.» (drogas=fármaco) «Deseamos que esté en un centro todo el tiempo que se necesite, si lo precisa, hasta que se independice».

Diagnóstico. Según D.S.M.-III-R: Trastorno antisocial de la personalidad. 301.70; Trastorno esquizoide de la personalidad en la adolescencia. 301.20; Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia. 313.89.// Posible dependencia a fármacos del tipo neurolépticos. Bloque afectivo, Autoimagen negativa. Susceptibilidad, con ideas autorreferenciales.

Orientación. Consideramos, que si así lo estima S.S.^a, precisa ser internada en Centro de Reforma (durante espacio temporal amplio) como lugar de contención, donde asuma responsabilidades, reflexione sobre sus conductas y las varíe; para ello y junto a la ejecución de las actividades programadas, requiere una psicoterapia profunda y dilatada en el tiempo.

Debe acompañarse el presente informe y la múltiple documentación, aportada

por los padres, al Centro donde quede internada, de forma que dispongan de toda la historia clínica de la menor.

Estimamos que nos encontramos ante un caso de tratamiento clínico, siendo benéfico el alejamiento temporal de los padres.

Fdo.: J. Urra. Psicólogo de estos Juzgados

*Informe del Centro de Reforma RENASCO
1 de septiembre del 93*

Fecha de ingreso: 17 de julio del 93. Duración: 6 meses.

Primeros días: bloqueo general, habla de su experiencia de manera fría y racional. No muestra interés por nada. No mantiene relación con los menores. Está siendo visitada por un psiquiatra del Centro de Salud, existe seguimiento continuo por parte de la psicóloga del Centro. Objetivos: trabajar su autoestima; expresión de afectos; relación con sus padres (los cuales muestran colaboración). Inés habla de su preocupación por estar gorda y explica que no desea tener contacto con su familia.

Informes de RENASCO. Octubre, noviembre, diciembre del 93.

Evoluciona positivamente. Los padres acuden semanalmente a visitarla. Psicológicamente va encontrando explicaciones a sus comportamientos. Bloqueo en el trabajo en grupo, comienza a salir los fines de semana a casa. Los padres y hermano vienen todas las semanas a psicoterapia.

Informe RENASCO. 17 de enero del 94.

Evolución positiva, colaboradora, activa. Tanto Inés como su familia contemplan su reincorporación con gran optimismo. Excelente relación con el resto de chavales. Participación plena en las actividades. Ha superado las pruebas quincenales que se enviaban al INBAD. La relación con su familia está ya normalizada. Inés sigue siendo manipuladora y poco afectiva, castiga al adulto, infravalora la figura paterna. Los padres se sienten más seguros y desean su retorno, Inés muestra ilusión por volver con sus padres. Continúa su gran rechazo ante las intervenciones por parte de profesionales de salud mental. Se ha trabajado con ella en aspectos de autovaloración en relación con experiencias familiares y sociales. A lo largo de las sesiones Inés no ha intervenido verbalmente, aun así, ha existido una comunicación no verbal (forma de mostrar su disconformidad y castigar a los terapeutas).

Recomendaciones

- El técnico ha de estar adaptado a la Instancia donde trabaja. Ocasionalmente se nos solicita una orientación en el momento, para adoptar o no una medida cautelar, no caben dilaciones (puntualmente el menor es conducido por la policía, que espera una resolución). Haremos bien en reflejarlo en el informe. Recuerden que sólo queda constancia de lo escrito; y las medidas cautelares, aunque se adopten por manifiesto interés del menor o defensa de la sociedad, son fácilmente vulnerables al recurso interpuesto por el letrado del infractor.

- Las medidas cautelares han de existir, pues en ocasiones permiten intervenir en favor de la propia seguridad del menor (amenazados gravemente por una banda) (trabajan en el circo con 12 años) (se dedican a la mendicidad y no hay ningún familiar que los quiera «tener»); o prevenir riesgos contra el derecho más básico y elemental: la vida (niña embarazado por un adulto que se «pincha» y «hace la calle») (menor que viene a Instancia con el jersey quemado por el «pegamento»); (niños maltratados gravemente, atados, golpeados...) o ante menores que se han implicado en delitos que causan una grave alarma social (homicidio, violación...)
- El hecho es que, bajo el paraguas de «en interés del menor», podemos conculcar sus derechos. Y ello interviniendo judicialmente en temas que amparaban la Ley de 1948 sobre Tribunales Tutelares de Menores, hoy vaciada de contenido en el articulado referente a fugados, vagos, prostituidos, licenciosos. Estas conductas obviamente Juez, explicándole Éste su derecho constitucional a no declararse culpable. En todo caso y si algún letrado pusiérase terco en su voluntad de presenciar la exploración, optase por informarle que la misma durará aproximadamente 3 o 4 horas y que no se puede fumar en la estancia, es casi seguro que recordará la coincidencia con otra actividad que demanda su presencia lejos de los JJ.MM.
- La primera explicación que dan los padres al acto realizado por su hija se acerca (¿orientados por el abogado que les acompaña?) a la descripción de un trastorno mental transitorio, concepto difícil de trasladar del mundo del derecho al de la salud mental, pero que reivindica que cualquier respuesta penal quede anulada o diluida respecto a quien se conduce bajo sus efectos, puesto que para imputar un delito se ha de obrar con pleno grado de conciencia y capacidad volitiva.
- Los menores de edad penal son, y así lo constata el Código Penal, inimputables por irresponsables, lo cual debiera erradicar cualquier intento de especular sobre condiciones que atenúen, eximan o agraven sus conductas.
- Esta es la Ley, pero ¿es su filosofía?. Porque si en España hasta los 12 años no se interviene judicialmente con los niños, pues se impliquen en lo que se impliquen son sujetos de protección; de 12 a 16 años se entienden que hay una «responsabilidad matizada» y por tanto son materia de los Juzgados de Menores; de 16 a 18 años se atenúa en dos grados la pena impuesta, pudiendo ser remitidos a cárceles de jóvenes, y a partir de los 18 años se cae ya plenamente bajo el «peso de la Ley» de adultos.
- Desde el punto de vista psíquico y educativo, no es positivo hablar de irresponsables (en el Código Penal, junto a los afectos de idiocia...). La responsabilidad se aprende, se adquiere no sólo con el paso del tiempo, sino ejecutándola. No se es irresponsable el día antes de cumplir 16 años, cambiaré, no me meteré en problemas» (lo que por desgracia se incumple) o en la interiorización de una patente de corso: «soy menor» (expresión que no dice ningún niño, o adolescente, salvo que sea detenido por la policía).

Entendemos como más positivo el escalonamiento de responsabilidades, con la consecuente respuesta legal ante las digresiones sociales.

- Para terminar el caso Sayonnara, cabe preguntarse: Bien, regresó a casa, pero después qué, ¿está recuperada?. La Administración de Justicia tiene una función; una vez cumplida la Resolución, no es competencia suya irrogarse cometidos propios de los Servicios de Base, Salud, Comunitarios, etc.

Bibliografía.

ALTUNA M. ALVARO, J.L.(1992): Jóvenes, Salud y Consumo. Revista Catorce treinta nº 5. Universidad Complutense de Madrid, pp. 19-32.

ASCH. S. (1962): Psicología Social. Editorial Universidad. Buenos Aires.

BANDURA, A. (1971): Teoría del Aprendizaje Social. Edit. Espasa Calpe. Madrid 1982.

CALVETE OLIVA, A.; coord. (1991): Alcohol y Juventud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

ESPAÑA. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1985): Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

FRANCO, J.F. y miembros de los Equipos Técnicos de Madrid (1991): Estudio de las variables más significativas de los menores de los que entienden los Juzgados de Madrid. Comunicación al primer Congreso Internacional Infancia y Sociedad (noviembre, 1989). Edit. D. G. Protección Jurídica del Menor. Ministerio de Asuntos Sociales.

HERAS GÓMEZ, C. de las, GIMÉNEZ DÍAZ, M. A. (1992): Influencia del grupo de pares en el inicio del consumo de drogas. Trabajo. Fin de Curso Experto 1992. Instituto Complutense de Drogodependencias. Madrid.

JANO (1993): Exposición a cocaína en niños. Vol 44; nº 122, p.48.

MARÍA GARCÍA, A. de (1992): Aspectos psicológicos y socio-familiares en las toxicomanías de la adolescencia. Trabajo Fin de Curso Experto 1992. Instituto Complutense de Drogodependencias. Madrid.

O.M.S. (1993): La juventud y las drogas. Edit. O.M.S. Ginebra.

ORTE SOCIAS, C. (1993): Familia y factores de riesgo en el consumo de drogas: Estado de la cuestión. Seminario Internacional sobre la prevención de las drogodependencias y el papel de la familia. Vitoria. Libro de actas, pp. 169-181.

OUGHOURLIAN, J.M. (1997): La persona del toxicómano. Edit. Herder. Barcelona.

PERRY, C.L: GRANT, M. (1991): A cross-cultural pilot study on alcohol education and young people. Word Health Statist Quat. Vol. 44, nº2, p.70-73. University of Minnesota.

Division of epidemiology. Organización Mundial de la Salud.

RECIO ADRADOS, J.L., dir: SANTOS AGUADO, C.; SÁNCHEZ SANCLEMENTE, M.A.; ESCAMILLA ROMERO, J.P.; BARAHONA GOMARIZ, M.J., PLAZA ASPERILLA, L.A. (1992): Papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas. Edit. Cruz Roja Española. Madrid

ROSZARK. S. (1976): El nacimiento de una contracultura. Edit. Siglo XXI. Madrid.

URRA J.Vázquez, b. (1993): Manual de Psicología Forense. Edit Siglo XXI. Madrid.