DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL. Nº 12.

Tercer Cuatrimestre 1.997.

EDITA:

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga.

VOCALÍA DE PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA.
C/ Muro de Puerta Nueva, 9, 1º-C
Tlf.: (95) 222 71 60 - Fax: (95) 222 74 31 - E-Mail: cadits@cadits.com
29005 MÁLAGA
Horario: de lunes a viernes (10 - 13 h.)
y de lunes a jueves (18 - 20 h.).

DIRECTOR:
Cristóbal Gil Valenzuela.

CONSEJO DE REDACCIÓN:
Adriana del Águila Martínez, Josefa Río Ruíz, Mª Rosario Rodríguez García
Ana Mª Medina Sánchez, Antonio Narváez Rodríguez,
Cristóbal Gil Valenzuela, Belén Jáuregui Fradeja, Mari Luz Burgos Varo,
Francisco Cosano Rivas y Marisa Taboada González.

ENTIDAD COLABORADORA:

Excmo. Ayuntamiento de Málaga

REALIZACIÓN:
Diseño y Maquetación:
José Luis Pérez Morales.

ISSN: 1133-6552

IMPRIME: Gráficas ANAROL. Pozos Dulces, 32 - MÁLAGA

Depósito Legal.MA-1126-1993

ÍNDICE

Página

Editorial 5

Programa de atención integral a afectados por VIH / SIDA.
Roberto Peña y Remedios García Álvarez 7

Realidad de las madres adolescentes de Palma - Palmilla de 1.996.
Begoña Arjas González, Gloria González Ramírez, Tania López Rico, Inmaculada Ordóñez Ponce y Francisca Paniagua Reina 29

El mito adolescente.
Joaquín Villa Bruned 41

Una metodología de Counseling para el Trabajo Social.
Jesús Miranda Páez 87

Las instituciones jurídicas de protección de menores.
Nieves Padilla de la Vega 97

El Trabajo Social con enfermos terminales.
Cándida Acero Sáez 127

Página del lector 145

Indicaciones generales para la presentación de trabajos a la revista Documentos de Trabajo Social 147

Boletín de Suscripción 149

Índice de números publicados 150

EDITORIAL

D.T.S., desde su nacimiento como instrumento de publicación Científica en Trabajo Social, ha apostado por impulsar la reflexión y el debate sobre el Ejercicio Profesional, la intervención social y profundizar en el contenido científico de la profesión.

Para colaborar a este desarrollo y motivar a la publicación surge el "Premio Científico" que realiza su primera Edición en 1.997 y cuyos resultados y ganadores se publican en este número en la "Página del lector".

En esta ocasión el Comité Científico lo han constituido: José Ramón Calleja Segura (Jefe Adjunto de Servicio del Área de Bienestar Social de la Diputación de Málaga), Francisca Merchán Gómez y Miguel Miranda Aranda (Director de la Revista Trabajo Social y Salud, profesor de la Escuela de Estudios Sociales de Zaragoza), a los cuales les agradecemos desde esta página su colaboración.

Continuando con este proyecto el CODTS de Málaga convoca la 2ª Edición del "Premio Científico D.T.S.", aumentando su cuantía y redefiniendo parámetros de convocatoria en base a la experiencia de la anterior edición y de las aportaciones realizadas por el Comité Científico.

También para éste número se produce la renovación del Consejo de Redacción, lo que contribuye al proceso de seguimiento continuo de esta publicación. Agradecemos la dedicación y esfuerzo de cuantos han colaborado y colaboran actualmente.

La participación de todos impulsa y da sentido a la continuidad y desarrollo de ésta revista.

La Vocal de Publicaciones.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A AFECTADOS POR VIH/SIDA

Roberto Peña
Remedios García Álvarez

RESUMEN

El presente artículo es fruto de un trabajo realizado por varios compañeros, Trabajadores Sociales, para la puesta en marcha de un PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A AFECTADOS DE VIH/SIDA.

En él, se intenta reflejar de manera somera cómo ha evolucionado la situación de los afectados por VIH/SIDA, las necesidades que se les plantean a diferentes niveles (médico, psicológico y sociológico), así como un planteamiento general de estos enfermos en la provincia de Granada y la respuesta que consideramos idónea desde Cáritas Diocesana de Granada para dar solución a este problema, en tanto en cuanto no exista un remedio eficaz.

Desde que en 1981 se descubrieron los primeros casos de afectados por SIDA se ha avanzado de manera considerable tanto en el conocimiento y el tratamiento de la enfermedad, como en la forma de prevenirla. Sin lugar a dudas las medidas preventivas deben ser unas de las principales vías de actuación y para ello tanto la Sanidad como el área de los Servicios Sociales deben aunar y coordinar sus esfuerzos para llegar a los colectivos de difícil acceso y con grandes prácticas de riesgo. Desde el punto de vista sanitario se han mejorado los tratamientos de infecciones oportunistas y frenado el desarrollo del VIH gracias a algunos medicamentos como el AZT, DDI y DDC, lo que se ha traducido en un aumento tanto de la cantidad como de la calidad de vida de estos enfermos. Pero aún así, estas personas están sujetas a contínuos análisis y a frecuentes recaídas que les dificulta poder llevar una vida normalizada, tanto a nivel de convivencia, como laboral y social.

Pero este problema ha dejado de ser un problema meramente sanitario, para llegar a ser un problema social debido al rechazo generalizado hacia las personas afectadas por VIH/SIDA a todos los niveles: social, sanitario, laboral, educativo, jurídico, familiar, etc., añadiendo tanto déficits como transtornos psicosociales a los graves problemas que ya supone la infección por VIH.

Partiendo de la premisa anterior de que el problema del SIDA ha pasado de ser un problema estrictamente médico a ser un problema que afecta a los individuos desde todos los niveles (sanitario, psicológico y social) parece obvio que éste debe abordarse desde todos los aspectos si se quiere abordar de manera global el problema y mejorar la calidad de vida de estos enfermos.

En no pocas ocasiones, este tipo de enfermos, tras pasar varios meses en el hospital para ser tratados de sus infecciones oportunistas, son dados de alta sin encontrar alternativa para su problema. Esta situación se hace realmente alarmante, si tenemos en cuenta que muchos de ellos carecen de medios económicos, no disponen de un trabajo y carecen de medios de subsistencia debido a su enfermedad y al creciente rechazo social, así como que no cuentan con una

estructura familiar ó sociosanitaria que les acoja y facilite la posibilidad de disfrutar de unas condiciones de vida mínimas.

A nivel general, la situación familiar de estos enfermos se caracteriza por desestructuración tanto a nivel socio-económico como afectivo, etc, como consecuencia, en muchas ocasiones, de la adicción a las toxicomanías. En ocasiones, cuando se ha producido una ruptura en la relación previa al diagnóstico, la familia desconoce la situación en la que se halla el enfermo y evita saberlo sobre todo cuando está en fase terminal.

Una vez que el acogido normaliza su situación, es conveniente que éste tenga contacto de algún tipo, por ejemplo alguna llamada por teléfono, pero analizando previamente muy bien cada caso ya que, en muchas ocasiones, la situación familiar tan caótica a la que nos referíamos anteriormente puede ser más perjudicial que beneficiosa. Los resultados al respecto no son tan esperanzadores como sería de desear.

Tanto los afectados como sus familias suelen padecer situaciones económicas muy precarias, no tienen formación ni recursos laborales y la mayoría no han trabajado nunca, y los que lo han hecho ha sido sin contrato laboral y por lo tanto sin cotización alguna en la mayoría de los casos. Así pues en los casos en que una persona cuente con algún tipo de ingreso o de recurso económico, suele ser una pensión no contributiva, prestación que suele ser retirada desgraciadamente al mejorar el estado de salud del enfermo gracias a los avances científicos y, por ende, a los nuevos tratamientos.

Por lo general, en aquellos casos en que han trabajado alguna vez, cuando son diagnosticados se han visto obligados a abandonarlo bien por razones sanitarias, bien por razones sociales.

Además de los problemas anteriormente mencionados, la población afectada por VIH/SIDA tiene que hacer frente a las siguientes necesidades:

ASPECTOS MEDICOS Y PSICOLOGICOS:

El SIDA presenta características peculiares que lo diferencian de otras enfermedades. En su aspecto médico , el desarrollo de esta enfermedad varía en cada individuo respondiendo a circunstancias concretas como son:

- estado de salud previo a la infección y desarrollo individual de ésta,
- estilos de vida, comportamientos y hábitos saludables o no adquiridos a lo largo de su vida y su educación,
- nivel de autoestima y actuaciones en consecuencia para cuidar la propia salud,
- disposición para seguir el tratamiento, estado emocional,
- preparación para afrontar las nuevas situaciones: aceptación de la enfermedad, de la idea de la propia muerte, de los procesos de pérdida y duelo (de salud, de autonomía, de la imagen social, de amigos por muerte o distanciamiento que provoca el rechazo a la enfermedad por parte de la sociedad, del propio aislamiento del enfermo por temor a ello, de empleo y capacidad económica, de pareja y/o relaciones sexuales, como comunicar su estado a seres queridos, como reaccionar ante violaciones de los derechos a la confidencialidad,...)
- información sobre la enfermedad, situación económica o recursos para afrontar nuevas necesidades,
- etc.

Por otro lado un individuo afectado por el VIH atraviesa períodos de bienestar y enfermedad alternativos: se da una continua recurrencia de síntomas, enfermedades oportunistas, agravamientos, etc., que van apareciendo y remitiendo. Una persona con autonomía plena puede atravesar inesperadamente un período en el cual necesite temporalmente el apoyo de un tercero para desempeñar las tareas básicas de higiene, alimentación, toma de medicamentos, controles sanitarios, etc.

Algunas enfermedades oportunistas como la encelopatía por VIH,

la toxoplasmosis cerebral y otras afectaciones del sistema nervioso central pueden hacer que, de forma provisional y/o definitiva, la capacidad de discernir, valorar y decidir adecuadamente en diversas circunstancias vitales se vea disminuida.

Otros síntomas que pueden aparecer también temporalmente como desesperanza, decaimiento, depresión, sentimientos de impotencia, de negación de la enfermedad, de culpabilidad (derivados del carácter crónico y del fuerte estigma social que el SIDA lleva asociado), hacen a veces difícil que el sujeto asuma la responsabilidad ante los propios autocuidados: higiene, alimentación, evitación de reinfecciones, prevención de enfermedades oportunistas, controles médicos, evitación o control del consumo de drogas.

ASPECTOS SOCIOLOGICOS

Hasta la actualidad, esta enfermedad está presentando una serie de características sociológicas peculiares ya que un alto porcentaje de casos están relacionados con el consumo de drogas por vía intravenosa, el 70%. Este dato procede del Registro Nacional del SIDA (Centro nacional de Epidemiología).

Esta circunstancia se agrava por la coincidencia de tres situaciones que se detallan a continuación:

1-. Situación familiar problemática y lazos afectivos débiles:

En muchos casos el enfermo de SIDA es un individuo con un alto grado de desestructuración familiar o sin familia.

En este último supuesto, hay momentos en el desarrollo de la enfermedad en el que la persona pierde su autonomía al perder algunas capacidades físicas o psíquicas. Se halla desamparada y a veces ante la situación de alta hospitalaria no existe ningún recurso para atender estos casos.

Por otro lado, aunque la familia exista, es muy habitual que desconozca la situación, ya que con anterioridad se han roto los lazos afectivos y el afectado se niega a informar de su estado o a mantener cualquier tipo de relación con ella.

Otra situación común es aquella en la que se produce una no aceptación por parte de la familia para afrontar la situación cuando el enfermo está en fase terminal: se oculta diagnóstico hasta última hora, pretendiendo la existencia de otro social y psicológicamente más aceptable, e incluso se expulsa al enfermo del núcleo familiar por miedo al contagio o al estigma social.

Son frecuentes los sentimientos de vergüenza, miedo a ser aislados, perder su imagen ante los demás. Estos sentimientos llevan a la familia del enfermo a sufrir y vivir la situación en soledad y aislamiento provocado por ellos mismos o por los demás, y otras veces, a rechazar y echar de casa al propio enfermo.

2-.Situación económica precaria:

Un alto porcentaje de casos presenta esta característica, especialmente cuando aparece asociado al consumo de drogas. En algunos existía ya esta situación económica, en otros es consecuencia del coste de la heroína o cocaína. Esto lleva a muchos (sobretodo a las mujeres) al ejercicio de la prostitución.

En cuanto al campo laboral, sucede que cuando el enfermo es diagnosticado, normalmente se ha visto obligado a dejar su oficio- si lo tenía- por su situación sanitaria que le dificulta el desarrollo de las tareas propias de su función o por problemas sociales (rechazo por parte de la empresa al conocer el diagnóstico, necesidad de ocultar la verdad,...). Este hecho agrava considerablemente la situación económica.

Otro dato importante a señalar, es que el grupo mayoritario de casos se refiere a personas jóvenes, entre 26 y 35 años, que no han trabajado nunca o lo han hecho por un período de tiempo muy pequeño. Sus

ingresos son nulos o muy bajos, por lo que no pueden cubrir sus necesidades básicas tales como: alimentación, vivienda, medicación e incluso higiene.

3—.Marginación social:

Las características tanto individuales como familiares de los afectados los sitúan fácilmente en grupos de exclusión social o con un elevado riesgo de ella.

Esta marginación impide la participación social y por tanto la desintegración progresiva del individuo, generándose en él sentimientos de:

. Baja autoestima
. Inseguridad, inutilidad y dependencia
. Frustración y angustia
. Soledad
. Depresión
. Negación de la propia situación
. Rechazo a todo tipo de relaciones con otras personas.

Todo ello no hace sino dificultar aún más su normalización y favorecer el aislamiento, las conductas disociales, la falta de motivación por todo aquello que puede favorecer la solución de esta situación.

El número total de casos acumulados de enfermos de SIDA en Andalucía hasta el 31 de Marzo de 1997 era de 5591- no pudiendo dar una cifra de afectados por VIH debido al desconocimiento de una cifra real- de los que 430 correspondían a la provincia de Granada, lo que representa el 7´1%, según datos de la Delegación Provincial de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En cuanto a las características de los afectados de VIH/SIDA en nuestra provincia, según el Registro Provincial de Casos de 11-XI-96, podemos señalar los siguientes:

- El 85´26% de los afectados son hombres frente a un 14´74% que son mujeres.

- El 59% de los mismos se sitúan en el intervalo de los 25-34 años, siendo la edad media de éstos 31´37 años. Si hacemos una distinción por sexos esta edad media es menor en las mujeres (29´25 años) que los hombres (32´13 años). Del Registro Provincial de Datos también se desprende que esta edad media también varía según el mecanismo de transmisión.

- En cuanto al mecanismo de transmisión hemos de decir que el 66% de los casos de SIDA de Granada se atribuyen al uso de drogas por vía parenteral, tanto en varones como en mujeres. En las mujeres la transmisión heterosexual (26´22%) es más importante que en los hombres (7´36%), mientras que en la transmisión homosexual es al contrario.

- Por último, en cuanto a las principales enfermedades indicativas del SIDA hemos de señalar por orden de importancia: Tuberculosis Pulmonar (39%), Candidasis Esofágica (29%) y Pneumocystis Carinii (26% casos). (ANEXO I).

Ante la realidad anteriormente descrita y la insuficiencia de los recursos existentes en la Provincia de Granada para dar respuestas positivas al problema planteado, consideramos oportuno poner en marcha un Programa de Atención Integral a afectados por el VIH/ SIDA que supondrá la creación de un Centro integrado por:

- Casa de Acogida
- Centro de día
- Unidad de Emergencia Social

Consideramos oportuno recoger aquí la finalidad de cada uno de los Centros mencionados anteriormente.

La Casa de Acogida está dirigida a personas infectadas por el

VIH en estadío avanzado que carecen de apoyo familiar y con dificultades económicas para afrontar su situación. Esta población se caracteriza por la necesidad de un lugar de acogida que les cubra las necesidades de vivienda, alimentación, vestido, atención y apoyo psicosocial, hasta que sea posible su reintegración en la familia de origen, la derivación a otro recurso o se establezca esta casa como núcleo residencial para ellos.

En la Unidad de Emergencia Social nos proponemos conseguir los siguientes objetivos y actividades:

Objetivos:

. Elevar la calidad de vida de los enfermos VIH, sin hogar y con grave desestructuración personal y social.

. Ofrecer alojamiento adecuado a dichos enfermos, así como los recursos materiales necesarios para cubrir sus necesidades básicas.

. Prestar un servicio de orientación, información y asesoramiento a los usuarios.

. Realizar valoración psicológica, médica y social y derivación de los casos.

Actividades:

Las actividades que se proponen a los usuarios de la Unidad de Emergencia Social, están relacionadas con el adecuado uso y mantenimiento de cada uno de los servicios que desde ella se prestan, atendiendo, especialmente a dos aspectos: autonomía personal e individualidad, y el respeto al resto de los usuarios, así como cumplimiento de las normas de convivencia.

En función de la trayectoria personal de cada beneficiario se establecerán propuestas de actividades que generen otros recursos existentes, tales como el Centro de Día que desde este programa se

ha diseñado, Casas de Acogida, ONGs, Admon., etc.

Por último, en relación al Centro de Día mencionamos los siguientes objetivos y actividades.

Objetivos:

- Fomentar el trabajo y la convivencia con los propios residentes con el fin de dignificar su persona.

- Contribuir a mejorar la salud emocional y física de los residentes.

- Configurar un recurso interdisciplinar que satisfaga las demandas del usuario referidas a lo social, sirviendo de intermediario entre los usuarios y los recursos existentes (gabinete de trabajo social).

- Prestar atención psicológica al usuario (gabinete psicológico).

- Potenciar las relaciones usuarios-familia poniendo en marcha de esta forma una escuela de familia (gabinete psicológico).

- Proporcionar un espacio para la realización de actividades de ocio y tiempo libre, así como otras de formación, diseñadas desde las propuestas del propio colectivo.

- Generar una actividad económica, a través de talleres ocupacionales, que permita a los usuarios disponer de un trabajo remunerado (talleres ocupacionales/dietas).

- Concienciar a la población sobre la problemática de SIDA, así como informar de la necesidad de cambiar los patrones y prácticas inseguras de conducta para así prevenir la infección.

Actividades:

Es imprescindible un estudiado plan de actividades sujetas siempre a revisión por la Asamblea del Voluntariado, personal del centro y residentes.

La actividad del enfermo/a es fundamental para su entretenimiento y distracción y para mejorar su salud física y psíquica.

Las actividades tienen tanta importancia como la alimentación o la asistencia sanitaria o psicológica.

1-.Fomento y animación de la convivencia diaria

Por animación de la convivencia entendemos la creación de un ambiente donde no tenga cabida el aburrimiento ni la apatía. Es necesario estimular aquellas pequeñas cosas que el enfermo pueda hacer por sí mismo: arreglar su habitación, el aseo personal, el cuidado de la huerta y jardines, colaborar con el orden general, ocuparse de la organización de fiestas y celebraciones, etc., siempre que su estado físico lo permita.

2-. Terapia ocupacional de tiempo libre

Será un tratamiento ocupacional que tenga una finalidad terapéutica, ocupando las horas libres adquiriendo destreza manual, realizando tareas de ocio en un ambiente lúdico de compañerismo:

. Trabajos manuales: madera, arcilla, bisutería, estaño, papel, ganchillo, cuerda, macramé, etc.

. Juegos de mesa o de aire libre.

. Actividades recreativo-culturales: lectura, estudio, música, pintura, cerámica, fotografía, reciclado de muebles, jardinería, agricultura...

. Ocio y tiempo libre: visitas a museos, teatro, cine, conciertos, etc...

3-. Terapia de rehabilitación

Se hace imprescindible una terapia de rehabilitación, con dos objetivos: uno, la recuperación funcional y rehabililitación, y, otro, la prevención, procurando la movilización de las partes de su cuerpo que puedan irse atrofiando, mediante ejercicios sencillos y adecuados a su estado de salud.

Estas partes de la atención sanitaria está dirigida por un preparador físico en coordinación con los responsables médicos, para lo cual se dispone de aparatos gimnásticos adecuados y se ejercita con metodología apropiada para estos enfermos (gimnasia estática, yoga, Reiki, Rolfing, acupuntura, masajes, etc...).

4-. Atención Psicológica

A) El programa recoge como prioritario la atención psicológica de los residentes, el personal y el voluntariado.

B) La dinámica de asistencia psicológica es llevada a cabo y programada por el/los psicólogos/as del Programa.

C) La entrevista personal y el trabajo de grupo son los medios a usar para conseguir una atención adecuada a cada persona y a los grupos humanos.

D) Jamás se puede ejercitar el voluntariado como medio de terapia personal a través de la ocupación de tiempo libre en el Programa.

E) La atención psicológica ayuda a evaluar los pasos que se van dando y a motivar nuevas actitudes de conocimiento mutuo y personal.

F) Se incidirá especialmente en la preparación psicológica para la convivencia con otros enfermos, la aceptación

de la enfermedad, el incremento de la autoestima, el trato con enfermos drogodependientes, el trato con el enfermo terminal y la facilitación del trabajo desarrollado en equipo.

5-. Actividades de cara a la población en general

A) Emprender actividades informativas encaminadas a sensibilizar a la población sobre la problemática de los enfermos.

B) Formación del Voluntariado.

C) Promover medios de prevención e información de la enfermedad.

D) Fomento de la solidaridad ciudadana, con el fin de evitar en la sociedad efectos emocionales y reacciones de rechazo social injustificados.

E) Presencia y participación del colectivo de residentes, personal del centro y voluntariado en los estamentos sociales, plataformas cívicas y demás áreas de participación ciudadana.

El coste económico que conllevaría este Centro está sobradamente justificado por la rentabilidad social del mismo ya que permite evitar grandes situaciones de marginalidad e indefensión y disminuir los costos sanitarios.

Este Centro de Atención Integral a afectados por el VIH/SIDA nace como complemento, apoyo y soporte tanto de recursos generales como específicos, para intentar dar respuesta a la problemática específica de esta población, complementando de esta forma la atención médica y asistencial específica y primaria así como la actuación de otros recursos.

La finalidad esencial de este Centro es la de **AUMENTAR LA CALIDAD DE VIDA** de las personas afectadas por el VIH/SIDA desde:

- la sensibilización, implicación y/o colaboración de la Comunidad

- la prevención, llevando a cabo una labor que suponga la eliminación de hábitos favorecedores de la transmisión del VIH y/o reinfección

- la integración y normalización del enfermo y su enfermedad

- el principio de individualización, pero considerando a la persona en su máximo exponente de globalidad

- la implicación y participación de las personas afectadas en su proceso
- la atención, entendida ésta desde un enfoque comunitario, lo que implica una estrecha colaboración y coordinación con otros recursos con que pueda contar el enfermo.

Según IDEAL del día 21-X-97 el 25% de los 8.000 internos andaluces padecen SIDA. A través de la Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía se ve la necesidad de acelerar los trámites pertinentes para conceder la excarcelación de estas personas. En palabras de Costa, vocal de la Comisión de Cárceles de esta asociación " una muerte digna no es salir tres días antes de morirse". Por otro lado, según noticias publicadas por el diario EL MUNDO en su edición de 21-X-97, un alto cargo de la ONU hizo pública "una carta dirigida al organizador del congreso internacional sobre enfermedades de transmisión sexual en la que se afirmaba que España puede alcanzar los niveles de infección de países africanos" llegando a comparar "la prevención del SIDA a la de Tanzania".

Desde Cáritas Diocesana de Granada nos planteamos trabajar en este campo por todo lo anteriormente expuesto y, concretando en lo siguiente:

- por el aumento progresivo del número de personas afectadas (recordamos que somos uno de los países de Europa con mayor tasa de enfermos de VIH/SIDA),

- por la característica de su especial riesgo de contagio,

- por la marginalidad y pobreza de este colectivo,

- por la población de reclusos,

- por la no existencia de tratamientos efectivos.

ANEXO I-. DATOS ESTADISTICOS

CASOS DE SIDA EN ANDALUCIA Y POR PROVINCIA DE RESIDENCIA SEGÚN AÑO DE DIAGNOSTICO. DATOS ANUALES NO CORREGIDOS POR RETRASO DE NOTIFICACION. FECHA DE ACTUALIZACION: 31 DE MARZO DE 1997.

Provincia	antes 1987	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	N.C.	Total
Almería	-	4	14	24	36	25	48	66	58	64	43	1	3	386
Cádiz	12	26	53	76	101	66	117	152	283	191	177	6	80	1340
Córdoba	4	18	28	27	28	36	46	70	77	73	60	11	7	485
Granada	5	13	12	29	35	41	42	32	73	73	54	3	18	430
Huelva	2	5	8	24	23	21	46	48	74	70	52	4	1	378
Jaén	3	6	7	11	8	19	13	24	34	60	36	4	5	230
Málaga	17	43	67	108	125	137	161	179	239	253	213	23	1	1566
Sevilla	15	15	24	57	82	105	117	173	192	235	137	9	15	1176
Total	58	130	213	356	438	450	590	744	1030	1019	772	61	130	5991

DATOS ACUMULADOS DESDE 1981 EN ANDALUCIA Y POR PROVINCIA DE RESIDENCIA SEGÚN LA CATEGORIA DE TRANSMISION. FECHA DE ACTUALIZACION: 31 DE MARZO DE 1997.

Provincia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
Almería	24	297	5	8	2	4	37	9	-	386
Cádiz	51	1068	36	21	12	11	94	43	4	1340
Córdoba	19	366	4	11	6	4	61	12	2	485
Granada	35	291	19	5	-	12	46	21	1	430
Huelva	23	266	17	6	2	5	48	10	1	378
Jaén	7	163	4	9	2	7	26	11	1	230
Málaga	226	1050	41	34	8	17	163	22	5	1566
Sevilla	119	805	42	33	6	13	121	34	3	1176
Total	**504**	**4306**	**168**	**127**	**38**	**73**	**596**	**162**	**17**	**5991**

I-. Homosexuales/Bisexuales. 2-. Usuarios de Drogas por Vía Parenteral.3-. Homo+UDVP.4-. Hemoder.Receptores de hemoderivados.5-.Receptores de transfusiones sanguíneas. 6-. Hijos de madres de riesgo. 7-. Relaciones heterosexuales de riesgo. 8-. Desc./No se mencionan exposiciones de riesgo. 9-. Otros.

CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN GRANADA POR Z.B.S.Y DISTRITOS A OCTUBRE DE 1996

Z.B.S. DISTRITO	Nº casos acumulados SIDA	Tasa por 100.000 hab.
ORGIVA	11	69´79
CADIAR	0	0´00
UGIJAR	0	0´00
ALBUÑOL	1	13´20
ALPUJARRA	12	33´33
BAZA	7	17´15
POZO ALCON	2	20´27
HUESCAR	1	4´69
BAZA	10	13´38
MOTRIL (CIUDAD)	29	62´36
MOTRIL ESTE (RURAL)	2	21´50
SALOBREÑA	9	61´70
ALMUÑECAR	16	70´54
COSTA	56	61´54
CARTUJA	19	107´55
ALMANJAYAR	20	212´55
AMBULATORIO CARTUJA	0	0´00
SALVADOR CABALLERO	6	42´61
LA CHANA	8	39´48
PAJARITOS	7	51´82
GRAN CAPITAN	14	32´25
Z.B.S. DISTRITO	**Nº casos acumulados SIDA**	**Tasa por 100.000 hab.**
VELUTTI	10	110´69
ALBAYCIN	18	166´38
Z.B.S. DESCONOCIDA (GR.)	5	

ALFACAR	0	0´00
MARACENA	11	47´53
IZNALLOZ	4	18´46
GR. NORTE	122	60´39
ZAIDIN SUR	10	57´88
ZAIDIN CENTRO	31	77´96
ZAIDIN ESTE	31	57´44
Z.B.S. DESCONOCIDA GR.	1	
BOLA DE ORO	3	40´58
LA ZUBIA	16	54´90
VALLE LECRIN	4	19´34
ARMILLA	6	19´34
CHURRIANA DE LA VEGA	2	10´18
GR. SUR	104	50´24
GUADIX	10	40´92
PURULLENA	3	21´11
MARQUESADO	3	37´66
PEDRO MARTINEZ	2	29´10
GUADIX	18	33´96
LOJA	3	13´65
MONTEFRIO	1	7´43
HUETOR TAJAR	0	0´00
ALHAMA DE GRANADA	4	30´15
LOJA	8	12´70

Z.B.S. DISTRITO	Nº casos acumulados SIDA	Tasa por 100.000 hab.
SANTA FE	8	31´78
ATARFE	3	14´86
PINOS PUENTE	9	51´92

ILLORA	1	9´63
SANTA FE	21	28´77
GRANADA CAPITAL (DOMICILIO DESCONOCIDO)	37	14´62
MUNICIPIO DESCONOCIDO	23	
TOTAL GRANADA	411	51´56

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE SIDA EN GRANADA (11-XI-96) SEGÚN MECANISMO DE TRANSMISION SOSPECHADO Y SEXO.

MECANISMO DE TRANSMISION	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
1. HOMO	37	10´48	-	-	37	8´93
2. U.D.V.P.	241	68´27	38	62´29	279	67´39
3. 1+2	17	4´81	-	-	17	4´10
4.HEMOD.	6	1´69	-	-	6	1´44
5.TRANSF.	1	0´28	-	-	1	0´24
6. H.M.R.	8	2´26	4	6´55	12	2´89
7.HETERO.	26	7´36	16	26´22	42	10´14
8.DESCONOC.	17	4´81	3	4´91	20	4´83
TOTAL	353	100´0	61	100´0	414	100´0

1.Relaciones homosexuales. 2. Uso Droga Via Parenteral. 4. Receptores Homoderivados. 5. Receptores de Transfusiones. 6. Hijos de Madres de Riesgo. 7. Relaciones Heterosexuales de Riesgo.

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE SIDA EN GRANADA (11-XI-96) ATRIBUIDOS A CONTAGIO HETEROSEXUAL, SEGÚN EL ANTECEDENTE DE RIESGO Y EL SEXO.

ANTECEDENTE DE RIESGO	VARONES		MUJERES	
	CASOS	%	CASOS	%
PAREJA U.D.V.P.	4	15´38	8	50´00
PAREJA RECEPTORA SANGRE O HEMODERIVADOS	-	-	2	12´50
RELACION CON PROSTITUTAS	9	34´61	-	-
MULTIPLES PAREJAS	10	38´46	2	12´50
PAREJA CON VIH/SIDA	3	11´53	3	18´75
PROFESIONAL PROSTITUCION	-	-	1	6´25
TOTAL	26	100´00	16	100´00

FUENTE: DELEGACION PROVINCIAL DE SALUD DE GRANADA. SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA.

BIBLIOGRAFIA

- CARITAS DIOCESANA DE MADRID. Casa de acogida para enfermos de SIDA. OCTUBRE 1991.
- CARITAS DIOCESANA DE MADRID. Centro de dia para enfermos de SIDA. 1995.
- CARITAS DIOCESANA DE VALENCIA. Proyecto SIQUEM.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ. La atencion socio-sanitaria a los enfermos de SIDA en Andalucia". DICIEMBRE 1997.
- DIARIO EL MUNDO 21-X-1997.
- DIARIO IDEAL 21-X-1997.
- JUNTA DE ANDALUCIA. CONSEJERIA DE SALUD. DELEGACION PROVINCIAL DE SALUD. SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA.

REALIDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE PALMA-PALMILLA DE 1996

Begoña Arjas González
Gloria González Ramírez
Tania López Rico
Inmaculada Ordóñez Ponce
Francisca Paniagua Reina

Resumen

Estudio descriptivo de las características sociales y familiares de las madres adolescentes de Palma-Palmilla, así como conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

INTRODUCCIÓN

La realidad desde la que partimos nos sitúa en Málaga, en la barriada denominada "Palma-Palmilla". Dicha barriada tiene unas características comunes que se resumen en: alto índice de desempleo, baja cualificación laboral, diversos problemas de convivencia, inseguridad, problemas de salud, etc. Por todo lo mencionado es declarada como zona de actuación preferente.

Nuestro estudio se ha basado en las madres adolescentes de la barriada durante 1996. Hemos entendido por adolescente la persona que tiene entre 12 y 20 años, aunque se tiende a bajar la edad ya que se observan muchos casos en los que la madurez sexual es más temprana. El adolescente atraviesa una etapa en su vida en la que adolece o carece de algo, como madurez, equilibrio para afrontar la vida con sus consecuencias...

El riesgo de embarazos no planeados en los jóvenes menores de 19 años ha aumentado debido al adelanto de la menarquia, al inicio más temprano de las relaciones sexuales, a la práctica contraceptiva poco extendida entre los adolescentes durante su primer año de relaciones sexuales.

Como dato significativo de los partos anuales en nuestro país, destacamos que aproximadamente el 7% de éstos se produce en jóvenes entre 15 y 19 años.

La mujer alcanza su madurez fisiológica cuando pasan cuatro años después de la menarquia. El embarazo antes de que transcurran dichos años supone un desarrollo del feto y de la placenta en un organismo en fase de crecimiento tanto físico como psíquico. Este tipo de embarazadas presentan unas desventajas: físicas, psicológicas, educacionales y nutricionales.

MATERIAL Y MÉTODO

Dadas las características de la zona en que nos situamos, hemos podido observar un aumento de embarazos en adolescentes que había sido de 32 casos en 1995 y de 60 casos en 1996. Por lo que nos ha parecido de vital importancia realizar un diagnóstico de esta población para llevar a cabo futuras investigaciones preventivas.

Objetivos

General: Conocer el perfil social de las madres adolescentes de la Palma-Palmilla durante 1996.

Específico: Conocer la situación y las circunstancias personales, familiares, sociales y económicas de las madres adolescentes y después del embarazo durante 1996 en la barriada Palma-Palmilla.

Beneficiarios

Dirigido directamente a las adolescentes entre 16 y 21 años, que parieron durante el año 1996, residentes en la barriada Palma-Palmilla.

Ejecución del proyecto

Comenzamos revisando las fichas del programa de embarazos del Centro de Salud Palma-Palmilla para después realizar un listado de adolescentes que dieron a luz en el año 1996, convirtiéndose en nuestra población de estudio 38 madres adolescentes de la zona. También contabilizamos las adolescentes que quedaron embarazadas durante 1995 con la finalidad de comparar los resultados con las de 1996 y, así, comprobar la existencia de un aumento para fundamentar nuestro trabajo.

Como instrumento de recogida de datos elaboramos un cuestionario para su utilización en las posteriores entrevistas que realizamos a las

madres adolescentes en el Centro de Salud y en sus domicilios.

Nuestra población de estudio se redujo a 26 madres adolescentes por diversas causas: cambio de domicilio, error en las fichas, no pertenecer a la Zona Básica de Salud, etc.

A continuación hicimos la tabulación de los cuestionarios realizados y el análisis de los datos obtenidos, en los cuales nos basamos para llegar a las conclusiones de nuestro trabajo.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Perfil de las adolescentes antes del embarazo:

De la población encuestada la mitad de ellas son menores de edad y el resto se encuentra entre 18 y 21 años.

El estado civil de nuestra población era:

-4 casadas: 3 gitanas y 1 mestiza.
-22 solteras: 6 gitanas, 1 mestiza y 15 payas.

La mayoría de las adolescentes (24) mantenían una relación estable con su pareja.

En cuanto al nivel de estudios de esta población destacamos que:

-13 no han finalizado la E.G.B.
-4 sólo saben leer y escribir.
-9 han obtenido el Graduado Escolar.

La mitad de las adolescentes tenían algún tipo de ocupación, mientras que la otra mitad ni trabajaban ni estudiaban.

Todas las adolescentes manifestaron no tener ningún problema de drogas, alcohol, cárcel, etc.

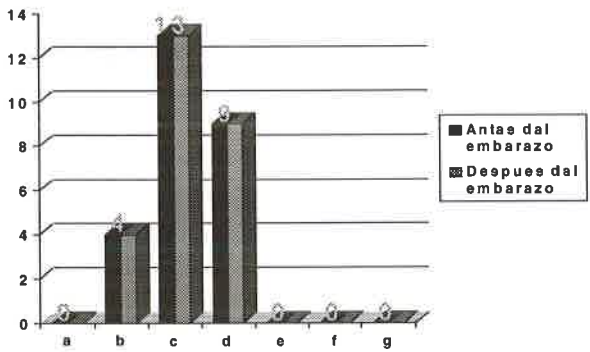
16 adolescentes vivían solas con sus padres, 9 vivían con su pareja (bien solos o con otros familiares).

21 adolescentes afirman que mantenían una buena relación con su familia.

Las relaciones con sus amigos las consideraban normales.

Después del embarazo no se ha constatado ningún cambio significativo.

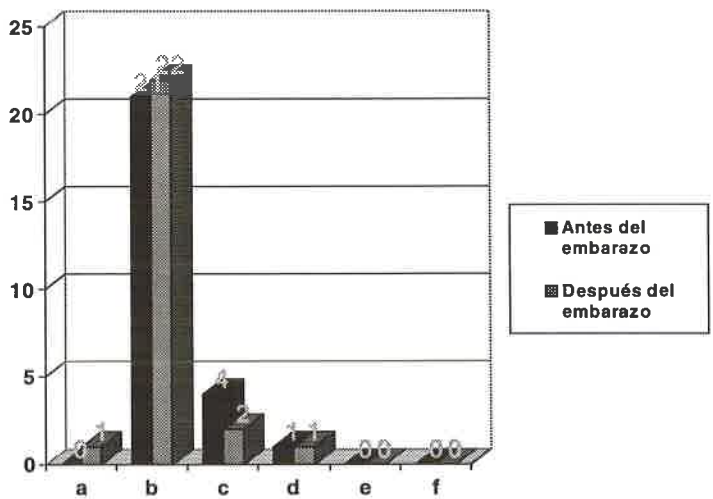
Nivel de estudios de la adolescente



a- Sin estudios.
b- Leer y escribir.
c- E.G.B.sin terminar.
d- Graduado escolar.
e- Estudios medios
f- Estudios universitarios.
g- NS/NC.

Destacar que 13 (la mitad de las entrevistadas) no han terminado la E.G.B., 4 saben leer y escribir, sólo 9 de ellas han terminado el Graduado Escolar. Los datos no han cambiado después del embarazo.

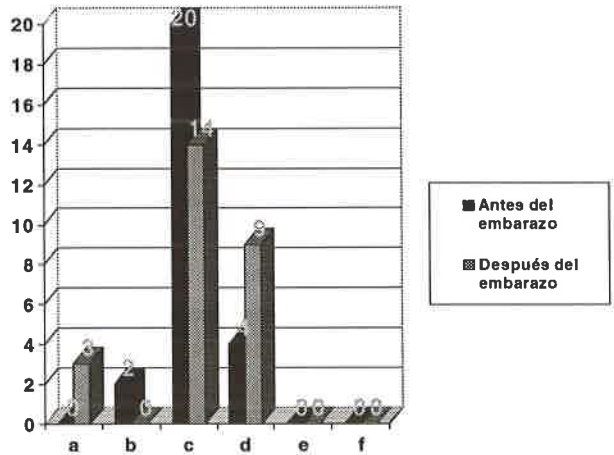
Relación de la adolescente con su familia



a- Excelente.
b- Buena.
c- Regular.
d- Mala.
e- Ninguna.
f- NS/NC:

No se han dado grandes cambios, la mayoría sigue manteniendo buena relación con sus familias, incluso después de quedarse embarazada.

Tipo de relación de la adolescente con su pareja

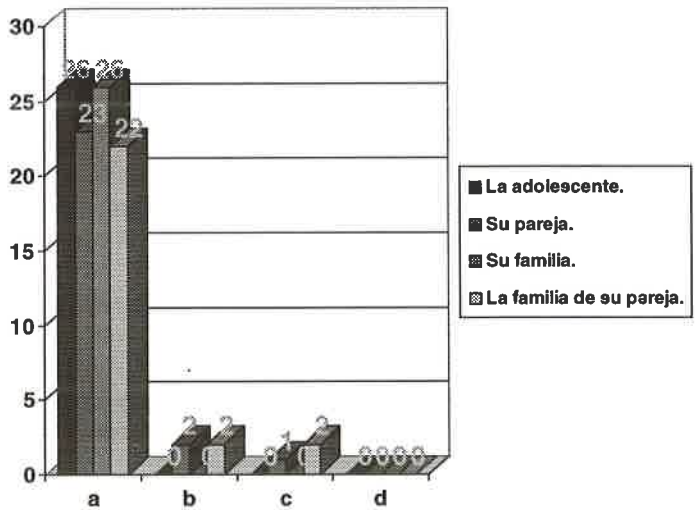


a- No tiene pareja.
b- Relación esporádica.
c- Relación estable sin estar casada.
d- Casada.
e- Otros.
f- NS/NC.

Antes del embarazo: 5 adolescentes que tenían una relación estable, se han casado después del embarazo.

Después del embarazo: De las 3 adolescentes que ahora no tienen pareja, 2 mantenían una relación esporádica y 1 mantenía una relación estable.

Relación que mantienen con el hijo de la adolescente



a- Buena.
b- Regular.
c- Mala.
d- NS/NC.

Se observa que la relación que mantiene la adolescente y su familia con el hijo de ésta, en todos los casos es buena, mientras que por parte de la pareja de la adolescente y su familia, existen algunos casos en los que esta relación es regular o mala.

CONCLUSIONES

Se ha producido un aumento en 1996 de embarazos en adolescentes con 60 casos, mientras que en 1995 se dieron 32 casos.

Hemos encontrado una población joven (entre 16 y 21 años), con un nivel de instrucción bastante bajo, donde la mayoría no ha terminado la E.G.B. y casos en los que sólo saben leer y escribir. Por ésto afirmamos que se han dado problemas de absentismo escolar.

Se percibe un gran aumento de adolescentes sin ocupación que pasa de 12 casos antes del embarazo a 22 casos después de éste.

Dado el nivel de instrucción que presenta esta población, los niveles de ocupación en los que puede desarrollar su actividad laboral son bastante limitados, reduciéndose a sector servicios (construcción, hostelería), venta ambulante y servicio doméstico (en el caso de las mujeres); por lo que podemos concluir que estos sectores de ocupación aportan inestabilidad económica y laboral.

Destacamos que en nuestra población adolescente la gran mayoría (24 casos) mantenían una relación estable en edades tempranas, buscando quedarse embarazadas (10 casos) en condiciones que consideramos como las no idóneas: sin vivienda propia, sin estabilidad económica-laboral, sin la formación física y psíquica adecuada, etc.

Consideramos como importante el hecho de que 14 adolescente no buscaran el embarazo y sólo 1 del total de la población estudiada se planteara la posibilidad de una I.V.E.

La mayoría de los embarazos han sido aceptados favorablemente por la adolescente, la pareja, la familia y el entorno, por lo que pensamos que el embarazo no se considera como algo problemático, siendo apoyados en todo momento.

Pensamos que hay un deficiente conocimiento sobre métodos anticonceptivos, ya que la población estudiada sólo afirmaba conocer

el preservativo y los anticonceptivos orales. Más de la mitad de la población estudiada (16 casos) no utilizaban nunca ningún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales y 23 adolescentes del total afirmaban no haberlo utilizado en el momento en que se produjo el embarazo.

Por lo expuesto anteriormente deducimos que la población carece de la educación sexual para su edad y situación.

RECOMENDACIONES

- Promover la educación sexual en los diferentes ámbitos relacionales del adolescente (escuelas, institutos, discotecas, asociaciones, pabellones deportivos...).

- Captación de los grupos de riesgo por medio de los organismos competentes.

BIBLIOGRAFIA

* DE MINGO, M.P. y FERNANDEZ, J.M: Embarazo adolescente en el Centro de Salud Palma-Palmilla. Simposium de Salud Materno-infantil. Granada, 1990.

* ESTADO ESPAÑOL, LEYES Y DECRETOS: Ley General de Sanidad. Edt. Tecno. Madrid, 1988.

* GONZÁLEZ-MERLO, J. y COLS: Protocolos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y ginecología. Edt. Salvat. Barcelona, 1990.

* MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Guía para la elaboración del Programa de la Mujer en Atención Primaria de Salud. Edt. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid,1987.

* MORENO y COLS: Embarazo no deseado en la provincia de Málaga. 1990.

* UNICEF: Atención Primaria de Salud. Edt. Alma-Ata. Ginebra, 1978.

* PIEDROLA DE ANGULO, G.: Aspectos sanitarios y sociales en los adolescentes. 1987.

* PINEAULT, RAYNALD: La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Edt. Masson. Barcelona, 1989.

* SAN MARTÍN, H.: Salud y enfermedad. Edt. La Prensa Mexicana. México.

* VARIOS AUTORES: Anticoncepción. Edt. Instituto Andaluz de la Mujer. 1993.

* III Curso Nacional de Obstetricia moderna para matronas. Edt. Prin tronic S.A. Las Palmas de Gran Canaria, 1990.

* Revista Atención Primaria. Volumen 18, nº1, 15 de Junio de 1996.

* Revista Atención Primaria. Volumen 18, nº2, 30 de Junio de 1996.

* Revista Atención Primaria. Volumen 18, nº4, 15 de Septiembre de 1996.

* Revista Atención Primaria. Volumen 18, nº5, 30 de Septiembre de 1996.

* Revista Atención Primaria. Volumen 17, nº7, 30 de Abril de 1996.

EL MITO ADOLESCENTE

Joaquín Villa Bruned
Diplomado en Profesorado de E.G.B., Licenciado en Psicología, Master en Terapia de conducta, Master-Experto en Drogodependencias y Sida y Formador en Educación Sexual.

RESUMEN

Sobre la adolescencia gravitan unas fuertes percepciones estereotipadas, y que suponen un mecanismo de retroalimentación para que los y las jóvenes acaben comportándose tal y como se espera.

Una forma de superar esa visión simplista consiste en tratar de comprender esa etapa característica en el contexto del resto de etapas evolutivas, y haciéndolo de manera sistemática: a nivel de desarrollo cognitivo, afectivo-social y moral.

En la última parte del artículo el autor se centra en la construcción de la identidad personal por parte del adolescente. Y finalmente una conclusión: el mito adolescente no puede admitirse.

Nota del autor: soy consciente de que, en algunos momentos, utilizo algunos nombres genéricos como chico, joven, adolescente... y referidos no sólo a él, sino también a ella. La razón: hacer la redacción más fluida.

1. PREÁMBULO.

Pretende, *El Mito Adolescente*, abrir una reflexión sobre esa etapa característica de la evolución del ser humano sobre la que penden seguramente demasiados tabús y percepciones estereotipadas.

1.1. El mito.

- Suelen ser descritos los adolescentes (ellos y ellas) como: inconstantes, caprichosos, impredecibles, inciertos, y que, como viento huracanado, pueden hacer estallar sus impulsos de una forma inesperada.

- Sobre ellos y ellas suelen caer juicios negativos: hipercríticos, asociales, no interesados por los valores establecidos...

Conocemos, a partir de algunos estudios, cómo los sucesos poco corrientes protagonizados por adolescentes reciben mayor atención y publicidad por los Mass Media -y por tanto por la sociedad- que la transición normal que experimentan la mayoría de jóvenes adolescentes. Es como aquel conductor que, al cometer una infracción, es multado por los guardias de tráfico, pero que si conduce prudentemente nadie le dice nada, y pasa inadvertido.

– ¿Así que, entonces, la adolescencia no supone un salto cualitativo diferente con respecto a las etapas anteriores?.

– Eso mismo digo. Por este motivo, y a través de unas pocas páginas, deberemos analizar cómo evoluciona la persona a nivel cognitivo, a nivel social-relacional, a nivel moral... Es la única forma de que cada cual pueda cuestionarse ese "mito adolescente", amparado más en creencias estereotipadas, que en la propia realidad.

- Por otra parte, si los cuidadores (padres-madres, profesorado...) y personas adultas en general esperamos que los adolescentes sean rebeldes, conflictivos..., tal como augura *la Profecía Autocumplida*,

a través de variados y a veces muy sutiles mecanismos acabaremos confirmando nuestras expectativas sobre ellos y ellas, porque:

- nosotros facilitaremos determinados comportamientos.
- y ellos y ellas acabarán respondiendo a nuestras expectativas.

Hoy Pedro ha comentado en casa que no va al Instituto porque todos los alumnos y alumnas han decidido -lo decidieron ayer- hacer huelga. Jacinto, su padre, tiene una visión de su hijo, muy concreta:

– *Este chaval, de un tiempo a esta parte, se ha vuelto muy rebelde y a mí me trae del hígado. Pero lo tiene claro, porque no le voy a pasar una* - piensa para sí, mientras frunce el ceño con numerosas aristas .

Se acerca a Pedro, le pone una mano en el hombro en señal de inequívoca autoridad dominante, y le dice en tono agresivo, mirándole fijamente a los ojos:

– *Me da igual lo que hagan los demás. Pero tú, o vas a clase hoy, o te hecho de casa.*

Pedro ha ido al Instituto. Ha adivinado que su padre espera que se comporte como rebelde, y responderá en consecuencia: irá a clase, y así podrá volver a casa, pero no dará ni golpe en todo el día, y pensará varias formas -algunas que no se notarán excesivamente- para seguir sacando a su padre de quicio... porque debe aprobar, y con nota, la asignatura de *rebeldía* en la que su padre le ha obligado a *matricularse*.

1.2. El desarrollo adolescente, como proceso continuo.

Margaret Mead estudió, en Samoa, la adolescencia desde el marco de la Antropología Cultural, y sus conclusiones fueron las siguientes (Alexander/ Roodin/ Goorman, 1980):

- definitivamente la adolescencia no es período tormentoso.
- 2 la conducta adolescente depende, más que de factores

biológicos, de factores culturales.

- el desarrollo es un proceso continuo, sin que adolescencia suponga un salto como etapa diferente. La transición a la vida adulta es gradual, desde las primeras etapas.
- a pesar de los cambios biológicos (pubertad) la etapa adolescente no tiene por qué ser problemática sé existe continuidad cultural.

Estas ideas se aceptan hoy día como descripción válida de la adolescencia en la cultura del mundo occidental.

Así que si la adolescencia es problemática porque los condicionamientos culturales así lo determinan, al menos en parte, en determinados contextos de socialización (familia, centro escolar, redes de autoayuda, servicios sociales...) se podrán contrarrestar, también en parte, dichos condicionamientos.

A nivel familiar, con unas *pautas de crianza* y unos modelos de interacción adecuados, que aporten seguridad, y a partir de ella que faciliten la independencia y la autonomía, como proceso continuo.

A otros niveles educativos (y de reeducación), partiendo de las necesidades de los y las jóvenes adolescentes, y respondiendo a ellas. Si hablamos de adolescencia, hablamos también de grupo, como principal referencia de identificación del joven; así que intervenir con jóvenes supondrá además tener en cuenta las redes informales, respetarlas, y hacerlas crecer. Nunca nada al margen del grupo natural podrá tener éxito.

Y todo ello reconociendo a la vez que la seguridad que buscan los y las jóvenes en determinadas figuras de apego (padres, tutores...) ya no se manifiesta tan claramente como antes, sino de otra manera más particular, incluso sutil. Y los mensajes sutiles sólo pueden ser reconocidos con una buena dosis de sensibilidad.

Por todo ello, feliz itinerario por *el Mito Adolescente*.

1.3. Pubertad y Adolescencia.

Debemos distinguir claramente entre dos términos diferenciados:

- la ***pubertad*** se refiere únicamente a los cambios físicos que transforman el cuerpo de niño, capacitándole para la reproducción; se trata de un cambio universal.

- la ***adolescencia***, a diferencia, se refiere a los cambios de tipo psico-social; y esta etapa no muestra paralelismos en todas las culturas.

Este trabajo versa sobre la adolescencia, aunque en ocasiones nos referiremos a la pubertad, y lo haremos de forma expresa. No obstante, y como ya comenté, sólo podremos comprender la adolescencia como continuidad de etapas evolutivas anteriores. Así que será mejor que comencemos por el principio. Es una forma de afrontar el *mito adolescente*, tan instaurado en el mundo de hoy. Porque, ¿en serio que los adolescentes son *una cosa aparte*? La evidencia no parece confirmarlo.

2. EL DESARROLLO COGNITIVO.

2.1. Introducción: un acercamiento a la epistemología genética de Jean Piaget.

Cuando Piaget habla de estadios -*sensoriomotor o preoperatorio, de operaciones concretas y de operaciones formales*- no muestra una división arbitraria, sino que se basa en cambios cualitativos progresivos que tienen lugar en el ser humano, y que suponen tres maneras distintas de interaccionar y apresar la realidad.

Según J. Piaget, al final del período ***preoperatorio*** (hacia los 5-7 años), el pensamiento del niño está ligado a la acción. De los 7 a los

11, en el período de las ***operaciones concretas***, mejoran en el entendimiento de la causación; su pensamiento es lógico, pero no abstracto. Sólo en el período de las operaciones formales (a partir de los 11-12) se va adquiriendo la capacidad de abstracción, progresivamente serán más capaces de razonar deductiva e inductivamente, y de un análisis intelectual más o menos objetivo. Esta fase continúa hasta los 20-21 años, y parece que no todas las personas llegan a alcanzar en su vida adulta la capacidad de pensamiento abstracto -***pensamiento formal.***

2.2. El pensamiento preoperatorio.

2.2.1. Introducción.

La etapa preoperatoria se extiende desde los 2 a los 6-7 años. La primera parte de esta etapa, ***hasta los 4 años***, se caracteriza por los ***preconceptos***: conceptos primitivos, esquemas representativos concretos basados en imágenes; pero no llegan a ser conceptos, con lo que el niño todavía no puede organizar los objetos en clases jerarquizadas. Su ***razonamiento*** es ***transductivo***, es decir, no procede ni por inducción ni por deducción, sino de lo particular a lo particular (ausencia de reversibilidad y ordenación lógica). Piaget cita el ejemplo de su hija, que tras las explicaciones que le da su padre sobre un vecino jorobado, concluye:

– *Pobre muchacho, está enfermo.*

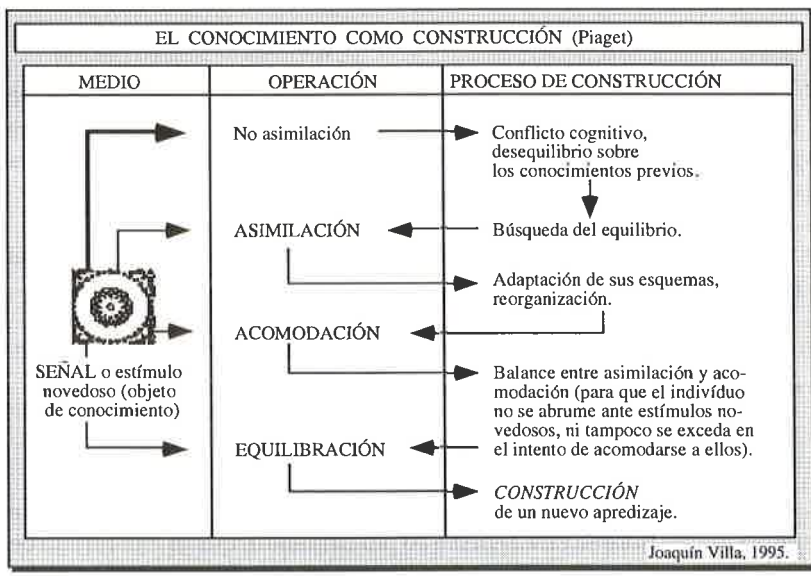
Más tarde éste cae en cama de verdad; cuando por fin su padre le vuelve a comentar que ya se ha levantado de la cama, que ya no está enfermo, su hija concluye:

– *Qué bien, ya no tiene joroba.*

De los ***4*** a los ***7 años*** aparece el razonamiento, y el ***pensamiento intuitivo***. Se da reversibilidad en la representación: ejemplo del líquido que se pasa de un vaso alto y estrecho a otro ancho y bajo.

Es en este período cuando adquieren especial relevancia los ***procesos***

de asimilación, esto es, la incorporación de la nueva información a las propias estructuras cognitivas o esquemas; y los ***procesos de acomodación***, o actualización de dichas estructuras, con lo que la información nueva resultará funcional para el sujeto. Estos procesos aparecen representados en el esquema siguiente.



2.2.2. Realismo *ingenuo* del pensamiento infantil.

Este tipo de realismo del niño hace referencia al hecho de que es incapaz de diferenciar el mundo psíquico (experiencia subjetiva, deseos...) y los hechos objetivos.

Mi hija Laura tiene dos años y medio. Nos paramos en el escaparate de una tienda de fotografía. Allí se exhibe una gran foto de los cabezudos de la ciudad, captada hace unos meses, durante las últimas

fiestas locales. En sus esquemas ha asimilado y acomodado la imagen de los cabezudos. Sus esquemas se han actualizado en función del contexto que nos ocupa, y además resultan multifuncionales, pues guían su percepción visual y su memoria (ella recuerda de manera agradable su última experiencia con esos simpáticos personajes). Laura me propone ir inmediatamente a verlos. Estrecha fuerte mi mano, y me tira hacia la calle, diciendo:

– *Amos a tururos!!!*

Yo intento explicarle que los cabezudos hace tiempo que se marcharon. No, por ahí no puedo seguir, pues a su edad todavía no puede comprender la conceptualización temporal. La primera excusa que se me ocurre es -ya ha anochecido-:

– *No mira, Laura, ahora es de noche, y todos los cabezudos están durmiendo.*

Ella me señala de nuevo al escaparate, mostrándome la foto, y dice, al tiempo que se enfada, pues entiende que no quiero acompañarla:

– *Mumiendo, no. Tururos ahí, papá... amos a tururos.*

Entonces entiendo que ella tiene razón, y no yo, y por una cuestión muy simple: porque ella expresa su pensamiento, que es fiel reflejo de su *consistencia cognitiva*. A diferencia, mi pensamiento, si ha evolucionado, debe estar preparado para comprender el suyo. Y si lo comprende, debe obrar en consecuencia. Por eso ella tiene razón. Así que intentaré distraerla con otra cosa, pero de momento vamos en busca de los cabezudos; no puedo negarme.

Hoy llego a casa, y mi hijo Jorge, de 3 años me va a hacer un número de magia, que le acaba de enseñar su hermana, que ahora ya ha cumplido los 6 años. Se trata de un pequeño baúl de doble fondo en el que desaparece una bola. Su hermana le ha explicado bien el mecanismo, y él lo ha visto. Yo le pido el baúl, y le digo que vamos a hacer magia, pero magia de verdad. Tomo el baúl con mi mano

izquierda, a la vez que voy accionando con uno de los dedos el mecanismo que esconde la bola, y con la derecha tomo una de sus manos, y extendiendo el brazo a modo de varita mágica decimos los dos a dúo:

– *¡¡¡Zasss!!!*

Abrimos el baúl, y comprobamos que ha desaparecido la bola.

– *¡Ha desaparecido!, ¡magia!, ¡ha desaparecido la bola!*

A continuación él lo intenta de nuevo, pero no lo consigue. Y así varias veces. Por fin me pide a mí que le haga la demostración mágica de nuevo. Accedo. Ahora ya no usa la explicación mecánica que le dio su hermana. Su ***realismo ingenuo*** le lleva a fiarse de la apariencia de las cosas. Para él es real todo lo percibido, hasta la magia fantástica de su papá. Luego le explico el truco de nuevo, y ahora le hace una demostración completa a su madre, y además le intenta convencer que realmente hace magia con el *zass* de su mano. Sí hay magia de verdad. Su realismo ingenuo es verdaderamente mágico.

2.3. El pensamiento operatorio.

2.3.1. Introducción.

En la ***etapa de las operaciones concretas*** la inteligencia del niño pasa a ser operacional; es capaz de realizar ***operaciones lógicas, pero sólo con información concreta***. Existe ya comprensión de la reversibilidad (división y multiplicación como operaciones recíprocas). Se ha demostrado que la conservación de la cantidad aparece a los 7-8 años, la del peso a los 9 -10, y la del volumen a los 11-12 años. En esta etapa la asimilación y la acomodación no tiene lugar siempre de la misma manera, sino que aún dependen mucho de la particularidad de las situaciones.

2.3.2. El realismo *crítico* del pensamiento de esta etapa.

A partir de los 9 años, poco a poco la niña, el niño va siendo capaz de discriminar la realidad percibida y el mundo de la fantasía. Ya no es real todo lo percibido -realismo ingenuo-, sino que los contenidos de su experiencia los acepta de manera crítica; es el período del ***realismo crítico***. Es entonces cuando su pensamiento adquiere una dimensión práctica, y su conocimiento persigue una utilidad inmediata. Busca, sencillamente, modos que resulten efectivos para enfrentarse a la realidad. Esto, sin duda, tiene importantes implicaciones didácticas. Los niños y niñas de estas edades son incapaces todavía de un suficiente distanciamiento crítico de cuanto perciben, sin poder establecer límites claros entre la ficción y la realidad. A los 9 años, aproximadamente, sufre un ***período de crisis***. Es entonces cuando a nivel cognitivo tiene lugar un gran reajuste, y con un aparente retroceso en el lenguaje. Por otra parte esta crisis es necesaria, e indica un ***acercamiento madurativo al pensamiento formal***.

2.4. Período del pensamiento formal.

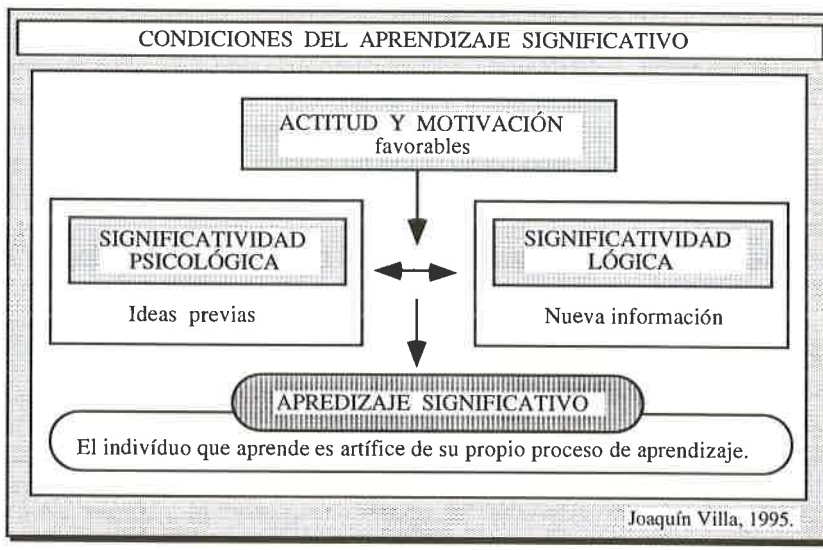
2.4.1. Introducción.

Aceptando de manera crítica la epistemología genética de J. Piaget, la niña, el niño hacia los 11-12 años va pasando progresivamente de la fase de las operaciones concretas a la del ***pensamiento operatorio formal***, en la que el razonamiento se hace hipotético-deductivo. Su pensamiento pasa del plano de las operaciones concretas a las abstractas, pero de forma lenta y progresiva. A pesar de ello, muchas personas adultas seguirán conservando la lógica de las operaciones concretas.

2.4.2. Reacción diferencial ante la información abstracta.

Todos nosotros organizamos nuestro conocimiento del mundo a través de ***esquemas***. Cuando comprendemos es porque somos capaces de relacionar una información con lo que Ausubel denomina

estructura cognitiva (organización de lo ya conocido). Entonces aprendemos de manera significativa. Así que esos esquemas son estructuras cognitivas funcionales, pues permiten la entrada de información nueva, actualizándose constantemente. En el siguiente esquema podemos analizar esas condiciones que, justo con la actitud y motivación favorables, dan lugar a un aprendizaje significativo para la persona que aprende.



Pero no resulta fácil la actualización de los esquemas cuando la información presentada contiene cierto grado de abstracción. Se comprobó en una investigación (J. Villa, 1990) que los niños de 11 años reaccionan muy diferencialmente a los de 8 años, ante la presentación de información abstracta. Así, los de 11 muestran una producción global (aciertos + errores), al interpretar este tipo de información, muy superior a los de 8 años. Guy Claxton (1987) nos da la explicación. Cuando no se puede asimilar o incorporar una

información nueva a los esquemas, ni tampoco acomodar (actualización de los mismos), se tiende a ***captar***, es decir, a probar significados nuevos, prescindiendo de algunos rasgos, y añadiendo otros que permitan acercan la información nueva a lo conocido. Es como si se acomodara esa información, en parte errónea, para hacer posible la comprensión. Esto llevará consigo algunas implicaciones didácticas importantes.

En cuanto al concepto de *captar*, con alumnas y alumnos de hasta 8-9 años habrá que restringir la información que requiera la puesta en marcha de procesos cognoscitivos de inducción, deducción e interpretación. Y la dirigida a jóvenes de más de 11-12 años deberá ser mediada adecuadamente por el profesor o profesora. Por otra parte, y esto es lo más importante, no se podrán interpretar dichos errores como tales, sino acaso como un intento de acercamiento a la información veraz.

Hemos preguntado a jóvenes de 10, 11 y 13 años que definan, de manera anónima, conceptos como *sexo* y *sexualidad*. Aparentemente algunos errores de los más jóvenes pueden ser interpretados como un intento de *captar*. Voy a adjuntar las contestaciones dadas por uno de los grupos de 10 años.[1]

Muestra CHICOS de 10 años.		
¢	***Yo creo que SEXO es...***	***Yo creo que SEXUALIDAD es...***
1.	Bueno.	Malo.
2.	La clase de género masculino o fem.	Lo mismo que sexo.
3.	Amor.	El mete-saca, la piragua.
4.	Tener un hijo.	Hacer el amor.
5.	Varón.	Asquerosa.
6.	Amor.	Violar a alguien.
7.	Hacer el amor.	Triquitranear.
8.	Hacer el amor.	Triquitear.
9.	Echarse a la cama con una chica.	Hacer el amor con una chica.

Muestra CHICAS de 10 años.		
TM	*Yo creo que SEXO es...*	*Yo creo que SEXUALIDAD es...*
1.	Amor.	Amor.
2.	(En blanco).	Cuando una chica y un chico se quieren mucho.
3.	Amor, pero la gente lo dice como si fuera algo maléfico.	(En blanco).
4.	Amor.	Hacer el amor.

Las ***chicas*** conceptualizan positivamente ambos términos (todo gira en torno al amor).

Los ***chicos***: 3 de ellos refieren *sexo* a la sexuación (proceso a través del cual uno se va haciendo persona sexuada, hombre o mujer); 3 de ellos a *hacer el amor* (más 1 a *tener un hijo*). Parece que *sexo*, para los chicos, es más una definición cargada semánticamente de forma positiva (hacer el amor, amor, bueno...). A diferencia, *sexualidad* [2] adquiere dos matices:

- o de complicidad astuta, con onomatopeyas que -imagino- serán de su *microargot*: *triquitranear, triquitear, el mete-saca...*

- o negativo: *malo, asquerosa, violar...*

Para los menos, aquello de *hacer el amor.*

El fenómeno de *captar* nos acompaña a lo largo del proceso evolutivo; forma parte de cada individuo. Es como una forma natural de acercarse a lo nuevo.

2.4.3. Aceptación crítica de la etapa del pensamiento formal.

Algunos autores han puesto en duda esta parte de la *psicología genética* de Piaget. Si bien se asume la capacidad del pensamiento formal, parece que algunas estrategias de resolución de problemas que usan tanto adolescentes como adultos no se asientan sobre aquel sino sobre el pensamiento de las operaciones concretas.

También ha sido discutido el hecho de considerar la etapa del pensamiento formal como universal, cuando hay cierta evidencia de que ni siquiera la alcanzan todos los individuos de las sociedades occidentales. Sí podemos aceptar la teoría de manera crítica, pero aún así hay que hacer notar el hecho de que muchos profesores desconocen que ***este proceso de pensamiento sigue conformándose hasta los 20-21 años***.

Por otra parte hay que hacer notar que el pensamiento formal, como proceso cognitivo, es entrenable; se puede enseñar a pensar (marco de las *estrategias de aprendizaje*).

Finalmente, un gran descubrimiento de los últimos años: lo cognitivo interactúa muy estrechamente con lo emocional, tanto que esto último es lo que activa lo primero. En estos tiempos de crisis del sistema educativo, y ante el alto porcentaje de fracaso escolar, un tímido mensaje de esperanza comienza a despertarnos del letargo de varias décadas: el cociente emocional es un mejor precursor del éxito académico, y del futuro profesional, que el coeficiente intelectual (CI).

2.5. A modo de síntesis.

Durante la adolescencia el desarrollo cognitivo (es sólo una parte del todo) camina paralelo al desarrollo de otros aspectos que iremos revisando luego.

Vamos a resumir algunos de los aspectos más característicos del desarrollo cognitivo del adolescente.

O Hacia los 12 años (incluso antes), ya puede imaginar las consecuencias lógicas de una hipótesis. Y puede conceptualizar sus propios pensamientos.

O Hacia los 13, 14 años, va asumiendo paulatinamente las operaciones lógico-formales (pensamiento abstracto):

- puede prever situaciones, trascendiendo al tiempo presente.

- entiende lo real como un subconjunto de lo posible.

- puede formular hipótesis, y luego confirmarlas.

- puede aplicar el razonamiento deductivo e inductivo.

- puede razonar, en lugar de con objetos reales, con representaciones simbólicas (proposiciones verbales).

O Y finalmente volver sobre lo ya dicho antes: que una mayor flexibilidad del pensamiento evoluciona paralela a la consolidación de la identidad personal, y a todo el sustrato emocional.

3. EL DESARROLLO AFECTIVO-SOCIAL.

Este apartado, de cara a su máxima clarificación, voy a desarrollarlo en forma de cuadro sinóptico. Partiremos, igual que antes, desde etapas evolutivas anteriores (desde los 6-8 años), a fin de encontrar sentido a la adolescencia dentro de un *continuum* del desarrollo, y no como una etapa que *rompe* con el antes y con el después.

A fin de que resulte más completo el cuadro, incluyo también en él aspectos del desarrollo moral ((del que hablaremos más adelante).

3.1. A modo de esquema.

EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO AFECTIVO-

ETAPA	RELACIÓN EN EL GRUPO DE IGUALES	RELACIÓN CON LOS ADULTOS	DESARROLLO MORAL
La niña, el niño de 6-8 años.	- Rompe su egocentrismo, y comienza a situarse en la postura del otro. - Se replantea las relaciones interpersonales. - Hacia los 8 años aparecen, en el grupo, los líderes, que saben resolver conflictos y mantener la cohesión del grupo en unos momentos de socialización difícil.	- Padres y profesores pierden la posición de absoluto privilegio. Éstos son desplazados, poco a poco, por el grupo de iguales (3).	- Gran progreso de la moral heterónoma (de los adultos) a la autónoma, vinculada a la reciprocidad y respeto en el grupo de iguales. Aunque se acatan las normas adultas, a éstas se les busca sentido en el contexto de interacción
La niña, el niño de 8-10 años.	- La vida en el grupo adquiere mayor protagonismo. - Adquieren un gran auge las actividades cooperativas y competitivas. - Los grupos son homogéneos en relación a características excluyentes: sexo, edad. - La vida, en el grupo de iguales, adquiere su máximo interés.	- El grupo ha ganado ya el privilegio: de él procede la moral, la opinión, el juicio, e incluso la autoridad intelectual.	- En el proceso de socialización grupal, se consolida la elaboración de normas dentro del grupo: gran sentido de la justicia, no se toleran ni las trampas ni las mentiras, sienten necesidad de excusarse cuando obran de forma incorrecta... - Son muy sensibles y emotivos a las críticas.
La joven, el joven de 10-12 años	- El grupo de iguales un gran protagonismo. - Los grupos comienzan a hacerse mixtos. - Van apareciendo los intereses sexuales, dentro del grupo.	- En los inicios del pensamiento formal, se suele juzgar críticamente a padres-madres y profesores, haciendo uso de hipótesis sencillas (comprobación)	- Progresivo acercamiento hacia el desarrollo de la moral autónoma (asociado al gran salto del pensamiento formal).
La joven, el joven adolescente	- Necesidad de reconstruir una nueva imagen corporal y del sí mismo (crisis de identidad). - Resuelve esa crisis con una identificación excesiva en el grupo de iguales, ...en la moda...(4)	- Los padres-madres siguen perdiendo protagonismo aparente, pero los necesita como nunca. - El profesorado, si no responde a sus necesidades socioemocionales (cosa que ocurre con frecuencia) también pierde protagonismo.	- Gran avance hacia la moral autónoma (se juzga la conducta por la intencionalidad, y las normas se consideran más flexibles). - Asume principios éticos e ideológicos, hecho que le ayuda a resolver su crisis de identidad.

3.2. Preadolescencia y adolescencia.

A partir de los 12 años se suele hablar de adolescencia, si bien se pueden distinguir dos subetapas cualitativamente diferentes, y sobre las que nos vamos a detener un instante a nivel afectivo-social:

- Preadolescencia: 12 - 14 años.

- Adolescencia: 14 años en adelante.

3.2.1. La Preadolescencia.

♦ Ya comienza a quedar atrás una nueva forma de egocentrismo que apareció hacia los 10 años, conocida como ***el auditorio imaginario***:

- Isabel se gusta a sí misma. Pero se sorprende que no todos la admiren: *si yo me gusto, debo gustar a todos* -se dice.

- Lucía no se gusta a sí misma. Y se sorprende de que no todos la rechacen, o le critiquen, porque: *si yo no me gusto, es lógico que tampoco guste a nadie.*

Poco a poco ese *auditorio imaginario* irá perdiendo fuerza.

♦ Aparecen conductas difíciles, fruto de una extraña interacción entre sus cambios biológicos (pubertad) y cognitivos (pensamiento formal, y reestructuración a nivel de lenguaje).

♦ Aparece cierta inestabilidad emocional, y una sensibilidad extrema.

♦ En el grupo de iguales (todavía del mismo sexo) se buscan necesidades no de tipo lúdico como antes, sino otras relacionadas con la reducción de tensiones internas. La comunicación es imprescindible, y las relaciones dentro del grupo muy intensas.

♦ Se toma como referencia una paradójica ambivalencia de los adultos:

- muestra disconformidad hacia el poder adulto.

- y por el contrario se atiende a sus modelos de organización, imitándolos en el seno del grupo.

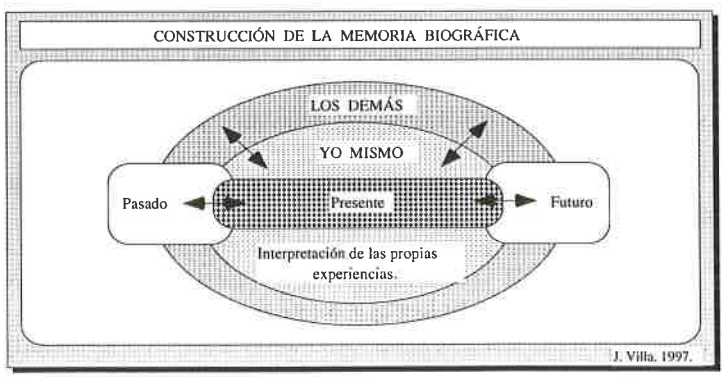
♦ Y necesidad de reconstruir una nueva imagen corporal, motivada fundamentalmente por los cambios puberales.

3.2.2. La adolescencia.

• Es un período de transición a través del cual:

- se prepara para la vida adulta.

- y se recapitula la historia pasada; es, tal vez, el primer momento de la vida en el que aparece la memoria biográfica, como un relato personal en el que se une el pasado, el presente y el futuro. Ver esquema siguiente.



A través de la construcción de la memoria biográfica, durante la adolescencia, podemos interpretar las propias experiencias, y vamos adquiriendo una conciencia progresiva del *yo mismo*, en relación a los demás.

- Y es la adolescencia, también, un período de aplazamiento, en el que se dan varias contradicciones:

- a veces se le trata como a un niño, y otras como a un adulto. Y es que no es ni niño, ni adulto.

- está ya maduro para la actividad sexual, pero inmaduro para su ejercicio, porque esta faceta, para los adultos, tiene nombre y apellidos: relación coital - orgasmo - fecundación (entre otros reduccionismos).

- debe esforzarse en estudiar para ir pasando sucesivos escalones, para que, tal vez, cuando llegue a la meta, no tenga acceso a un puesto de trabajo.

- se le pide responsabilidad, justo cuando más dependiente yace de sus padres.

- El joven, la joven adolescente puede ser cualquier cosa, menos neutro, a nivel afectivo. Mira los *espejos* de su alrededor -cada uno somos un espejo que devolvemos una imagen a cada persona que nos rodea-, evalúa sus reflejos, y en función de ello se contrasta, se compara, y finalmente se percibe y juzga de una manera determinada, de forma exaltadamente simpática, o de forma cruelmente dolorosa, pero nunca a medias tintas. Porque en la adolescencia lo neutro, los puntos medios sencillamente no existen.

Es la adolescencia, en definitiva, no una etapa bio-fisiológica, ni siquiera psicológica, sino psico-social, en la que la conformación de la propia identidad[5] no está ausente.

3.3. Los grupos, durante la adolescencia.

Decíamos antes que en esta etapa se da una identificación *excesiva* con respecto al grupo de iguales. Algunos autores, como Erikson (1981), explican este fenómeno como una solución por la que opta el joven, la joven para ir aclarando su imagen un tanto difusa, porque en el grupo la puede proyectar con seguridad. Y esa identificación excesiva con el grupo, y en concreto con su líder, con la moda, con la forma de vestir, con la ocupación del tiempo de ocio... no es más que la solución por la que opta ante la confusión de su rol: me siento confuso Þ me identifico de forma excesiva con el grupo (sobreidentificación) Þ proyecto con seguridad mi imagen confusa Þ y la voy aclarando. Y es que durante la adolescencia, como ya hemos apuntado antes, no existen las medias tintas: o se forma parte de un grupo, con sus valores, con sus modas, con sus actividades de ocio... o no se forma parte de él. Todo menos el *tal vez a medias.*

En cuanto el desarrollo de los grupos, durante esta etapa, Roy Hopkins (1987) refiere un estudio de De Dunphy (p. 240-242) en el que se habla de 5 estadios clasificados, que resumimos en la tabla siguiente.

Estadios en el desarrollo grupal adolescente.

Estadio	*Características*
1.	- Aparecen las ***pandillas*** aisladas, y unisexuales (las de chicos por un lado, y las de chicas por otro). - Las pandillas poseen entre 3 y 9 miembros. - Se interactúa poco con los miembros de otras pandillas. - Las relaciones, dentro de la pandilla, son íntimas e intensas.
2.	- Se siguen manteniendo las pandillas unisexuales. - Pero ahora esas pandillas interactúan entre sí, formando a su vez un grupo más grande, o ***masa***. - La identificación corresponde más a la pandilla unisexual, que a la masa (heterosexual).
3.	- Aparece un gran énfasis sobre el ***liderazgo grupal***. - Las personas líderes inician interacciones heterosexuales (*los miembros líderes desempeñan los roles heterosexuales más avanzados*, dice De Dunphy). - Ahora la masa evoluciona, y se hace heterosexual.

Estadio	*Características*
4.	- La *masa* heterosexual ya ha madurado. - La *masa* está compuesta ahora por ***pandillas heterosexuales***, que además interactúan entre sí de forma íntima.
5.	- Desaparece la masa (final de la adolescencia). - Se mantienen las pandillas heterosexuales. - Aparecen las ***parejas***: ya unisexuales (amigo o amiga íntima) o heterosexuales (chico-chica).

Resulta curioso señalar cómo el adolescente, hacia los 16 ó 17 años, manifiesta un ***sistema valorativo romántico***, y que -curiosamente- aparece con mayor intensidad en los chicos que en las chicas. Como consecuencia, y con motivo de las primeras citas, en él se suele dar más ansiedad ente la posibilidad de ser rechazado, o de no gustarle suficientemente a ella.

Volviendo a la tabla anterior, y como conclusión: los agentes de intervención socioeducativa deben tener presente, y antes de intervenir en un grupo de jóvenes, su vinculación grupal. Si el grupo es lo más importante para el joven, partamos de ese presupuesto, pues no existe otro punto de partida.

3.4. Evolución del emparejamiento.

Harold (1974) distingue 3 estadios diferenciados, que voy a resumir en la siguiente tabla.

ESTADIOS DEL EMPAREJAMIENTO.

Nº	*Estadio*	*Características*
1.	Flirteo.	* Gran interés por la ***apariencia física***: - los chicos muestran interés por las chicas más guapas. - las chicas por los chicos más guapos, y también por los más atléticos. - la inteligencia (como sinónimo de buen rendimiento escolar) apenas es valorada ahora.

Nº	*Estadio*	*Características*
2.	Aproximación.	* La apariencia física se sigue valorando, pero menos que antes. * Se valora con más ***importancia la personalidad*** de la otra persona(su forma de pensar, sentir y actuar). * Todavía no se ha desarrollado (mas que precozmente) el sentimiento de intercambio emocional.
3.	Evaluación.	* Estadio final del emparejamiento. * Se valoran los ***rasgos psicológicos latentes*** de la otra persona: estabilidad emocional, confianza, honestidad...El sentido del humor se valora progresivamente, a medida que avanza la relación.

Con respecto a este tema, podemos afirmar lo siguiente:

- que el *salir* con un chico o una chica es uno de los aspectos importantes, y también característicos, de la adolescencia.

- que los jóvenes -tanto ellos como ellas- con intentos de emparejamiento suelen mostrar un mejor ajuste social, y mayor cuantas más experiencias hayan tenido en ese sentido.[6] Parece que el *salir* se convierte en un rico contexto para practicar muchas y variadas habilidades sociales, y especialmente, a nivel de comunicación no verbal.

- los jóvenes que *salen* a menudo con otras personas del sexo opuesto muestran una mayor tendencia, en su vida adulta, a formar parte de grupos sociales organizados, incluso una mayor tendencia a conseguir un empleo. Su mejor ajuste les lleva a canalizar de forma constructiva el tiempo de ocio.

4. EL DESARROLLO MORAL.

El desarrollo moral no camina ajeno al desarrollo cognitivo; ni mucho menos. El camino que separa la moral heterónoma -propia de los niños- de la autónoma -más propia de los adultos- está jalonado de numerosos y sucesivos peldaños.

4.1. El desarrollo moral hasta los 6, 7 años.

La moral del niño es ***hetero-***, es como prestada por otras personas más competentes que él, y por tanto dignas de dictar reglas, normas. Su desarrollo cognitivo todavía no le permite realizar un balance adecuado entre intención-acción-consecuencia de la acción; tiende a fijar y retener lo más próximo en el tiempo: las consecuencias de una acción. Incluso si a veces el niño es capaz de atender a las intenciones, desatiende a las consecuencias; no sabe estar pendiente de ambas cosas a la vez.

Mi hijo Jorge está a punto de cumplir ***2 años***. El martillo del último juego de carpintería que trajeron los Reyes Magos hoy lo ha dirigido impulsivamente, en uno de sus juegos, sobre el gran cristal de la puerta de la cocina. Yo estaba a unos 2 ó 3 metros de él y ha sido todo tan rápido que apenas he podido salvarle de que el cristal, hecho pedazos, le cayera encima.

No cabe el castigo, porque se ha debido a un comportamiento impulsivo inesperado. Y no puedo castigar un comportamiento impulsivo que ya se fue, y de manera tan fugaz como vino. Pero sí tengo un cristal roto, que tal vez pueda convertir en instrumento de aprendizaje. He diseñado un plan. Veamos.

Le miro sin decir nada. Está asustado. Se me abraza. Espero que pase el primer momento. Tampoco sirve de nada que le pregunte que por qué lo ha hecho: imposible racionalizar lo irracional, lo que es emocional por naturaleza.

Pienso en su fase de desarrollo moral: la ***moral heterónoma***. ***Se juzga la conducta por sus consecuencias***. ¿Qué consecuencias tiene el haber roto el cristal?.

– Sí, que el cristal está roto, y que nos podemos cortar.

No, debo probar otra, porque esto -el cortarse- no ha ocurrido ahora.

– Que la puerta está sin cristal.

Más divertida que antes; le va a servir para jugar a asomarse: está justamente a su altura. Debo pensar en otra consecuencia que no sea precisamente agradable. Creo que ya la tengo. Y después de recoger los cristales del suelo la pongo en marcha.

– Huy, huy, huy...Jorge, lo que no sé qué va a pasar cuando se entere el cristalero.

– ¿Tú lo conoces?.

– Sí, y creo que no le va a sentar nada bien lo que has hecho.

– ¿Por qué?.

– Pues porque él estará trabajando, poniendo cristales en otras casas que están acabando de construir, y si tiene que venir a colocar este cristal, tendrá que dejar su trabajo y perder un rato de tiempo, y utilizar un cristal que tenía preparado para una casa nueva, y...

Él va transformando su semblante, y se pone serio. Le propongo algo:

– Creo que lo mejor sería que le llamaras pronto por teléfono, contándolo qué ha pasado. Tal vez así...

– *Llámale tú* -me replica... bueno, más bien me suplica.

– No, yo no lo he roto.

Calla de nuevo. Comprende que él es el culpable, por las consecuencias (tener que llamar al cristalero). Está en apuros. Le digo que puedo ayudarle, pero que es él quien debe explicar qué ha ocurrido. Marco el número. Presento el tema, pero le digo al cristalero que un niño que se llama Jorge le va a explicar qué ha ocurrido. Lo tengo en brazos, me está abrazando.

– *...pues es que... se ha loto.*

– ...

– *...y tú ¿puedes aleglal-lo?*

Me pone el teléfono todo contento:

– Dice que sí, que lo va a aleglal.

Ahora transmite que el mal trago ha pasado ya. Porque las consecuencias negativas (no cristal roto, sino posible enfado del cristalero) han cesado ya.

Mi hijo, de apenas 2 años, no es capaz de pensar acerca de qué intenciones o qué antecedentes le llevaron a romper el cristal, pero sí recordará las consecuencias (será un tema que me recordará varias veces). Pero sobre todo las consecuencias no cesarán hasta que, después de 2 días, el cristalero no coloque el cristal. La tarde que lo esperamos está algo intranquilo. Cuando abrimos la puerta me agarra fuertemente la mano. Es un chico joven, y no el jefe del negocio con quien hablamos por teléfono. Le explicamos brevemente. Y él replica:

– Tú, Jorge, tranquilo, que no pasa nada. Lo que debes hacer es romper uno de vez en cuando...porque así me vas dando trabajo.

El, resguardado tímidamente junto a mi pierna, no escucha razones ni argumentos chistosos del cristalero. Eso sí, entiende que ahora las consecuencias negativas han acabado definitivamente. Sólo falta, acaso, echar una mano al operario en parte de la tarea -¿qué menos?-, pero eso *coser y cantar*. Ahora, por fin, respira tranquilo.

Hacia los ***4, 5, 6 años*** el desarrollo moral ya no pretende, ante todo, reducir el miedo ante las consecuencias de una determinada acción, sino y sobre todo la ***realización personal***. Además, ahora la regla no es un simple invento o imposición de los adultos, sino que surge del

contexto de interacción social.

Vamos en el coche. Mi hija, de 6 años, me recuerda:

– Esa señal quiere decir que no puedes ir más que a 90.

Y mi hijo, de 3 años, replica:

– Y ¿cuánto es 90?...Y si vas a más marcha ¿qué pasa?...Y ¿por qué?.

Cambiamos de tema. Porque su moral heterónoma seguramente no le hará comprender bien, en este caso, cómo se evitan los castigos (posibles multas, un accidente); ni tampoco cómo se obtienen recompensas (nadie nos va a felicitar por conducir con prudencia).

Aún así, a esta edad se siguen acatando las normas de los adultos, sin cuestionarlas.

4.2. El desarrollo moral de los 6 a los 12 años.

Entre los 6, 7 y los 12 años los niños realizan un gran ***avance de la moral heterónoma a la autónoma***. A lo largo de estas etapas ya serán capaces de emitir un juicio sin depender de la autoridad adulta. Creen en la justicia inmanente: si alguien no respeta una norma, debe ser castigado por ello.

Además ahora valorarán ***la intención*** que ha desencadenado una conducta, aunque acabarán supeditándola al principio de la justicia social e igualitaria: todos deben ser tratados por igual. El reconocer que a los demás les ocurre lo que a uno mismo catapulta hacia la reciprocidad: *si yo doy, también recibiré a cambio; si yo me comporto de forma agresiva, también los demás serán agresivos para conmigo*. Este será uno de los grandes pasos hacia la moral autónoma.

Laura está a punto de cumplir los 8 años. Ha decidido intercambiar

sus películas de vídeo -a través de un servicio de préstamos muy particular- con otros niños y niñas. Lo habla con Jorge (ahora tiene 4 años), y él no está dispuesto a dejar sus vídeos a nadie.

– No, porque igual se los quedan.

– *No, sólo podrán tenerlos los días que nosotros pensemos* -dice Laura.

– *Y además si se los dejamos, no podemos verlos* -se reafirma el pequeño.

– Pero podremos ver otros que nosotros no tenemos.

– Pues primero que ellos nos dejen los suyos.

– *¿Cómo van a dejarte, si tú no dejas ninguno?* -le dice Laura con una lógica aplastante.

Ese debate duró un par de días. Pero el razonamiento de Laura -que finalmente se impuso sobre su hermano más pequeño- se asentaba bien en el principio de la reciprocidad.

A los pocos días se puso en marcha el servicio de préstamo, basado en unas normas que había que cumplir para ser merecedor del servicio. Una de ellas decía: *Deberás rebobinar la cinta de vídeo, después de haberla visto.*

Un niño les adjuntó una nota, con las películas de devolución, que decía: *A ver si otra vez me prestáis las películas rebobinadas.*

Esa frase era muy elocuente: todos deben respetar las normas por igual. De nuevo una llamada a la reciprocidad. Es la reciprocidad un claro signo de acercamiento hacia la moral autónoma.

No pasaron muchos días para que Laura increpara a su hermano, cuando se disponían a visionar una película que les habían prestado otros niños:

– No sé, no sé. Creo que no deberías verla, porque no querías prestar las nuestras a nadie. Y si no hubiéramos prestado las nuestras, hoy no nos habrían prestado ésta.

Conclusión: hasta los 6, 7 años parece que ***la empatía*** es un buen instrumento al servicio del desarrollo moral (por parte de padres-madres, profesorado y cuidadores en general). Entre los 7 y 12 años la facilitación de ***la autonomía***, a través de múltiples procedimientos, constituirá el eje esencial.

4.3. El desarrollo moral en la adolescencia.

Igual que en otros ámbitos, existe una total continuidad en el desarrollo moral adolescente, y que algunos autores afirman que se da paralelo al desarrollo cognitivo.

Esa moral autónoma es el punto de referencia hacia la que camina el joven, etapa que para muchos adultos resultará inalcanzable a lo largo de su vida.

En esa etapa Kohlberg[7] habla de 2 niveles:

✪ ***Convencional***: el joven mantiene expectativas convencionales, y a partir de ellas elabora sus juicios. "Debo ser leal y respetuoso, porque es lo que se espera de mi, ... que estereotipadamente sea así".

El adolescente es marcadamente convencional hacia el grupo: "debo ser, ni más ni menos, como son los demás jóvenes". Este tipo de juicio moral le da seguridad al identificarse con su grupo de referencia; lo veremos más adelante.

✪ ***Postconvencional***: supone un poco más. Este nivel a veces no se alcanzará hasta pasados varios años. Ahora las normas en sí carecen de sentido, y únicamente se aceptan en función de los principios que las apoyan. Un valor como la tolerancia se asumirá no

porque convencionalmente esté bien visto, sino porque es el camino que uno ha elegido (se ha interiorizado el valor y se actúa en consecuencia). En caso de que una ley (pena de muerte) viole un principio básico (derecho a la vida, por ejemplo) habrá que actuar de acuerdo a éste: cambiar dicha ley.

Al hablar de adolescencia debemos referirnos más directamente al nivel convencional de Kohlberg.

Si tenemos en cuenta a otros autores como Eisenberg, añadiremos una cualidad importante al desarrollo moral de esta etapa: el tono emotivo-afectivo. Ese autor habla de la ***moral de la empatía***: yo actúo así, no sólo porque debo ser como los demás, sino también porque haciéndolo ***evitaré sentirme mal y/o a causa de ello me sentiré bien***. En una campaña de recogida de material escolar pro-Bosnia (Navidad de 1995) pude comprobar esto: *yo envío... porque no quiero sentirme mal por dejar de hacerlo*. En uno de los mensajes publicitarios de un cartel (unas miradas adolescentes, entre el desastre de la guerra) escribí un mensaje claramente emotivo, como correspondía e esta etapa. Decía:

Si te atreves, pasa de ellos!

Las guerras son una rentabilidad segura para el estado del bienestar, porque reactivan las economías. Tampoco es tan grave que muera gente, pues... un día u otro igual iban a morir. Niños, jóvenes huérfanos, hogares destrozados, pero... ya saldrán adelante como puedan.

Tú tranquilo, tranquila. Ninguno de ellos va a pedirte nada, porque ni siquiera te conocen. Aunque su mirada te ha tocado el corazón, lo sé

.

Si acaso no te atreves a pasar de ellos, puedes depositar un cálido abrazo, y tu beso más tierno, en una simple goma, lápiz, libreta, cuaderno... Tu abrazo, tu dulce beso les hará sentir un eco ensordecedor en sus entrañas (muy distinto al de las bombas y morteros, a los que están acostumbrados). Tu lápiz y tu cuaderno lo usarán -seguro- para aprender a escribir el primer "te quiero".

En definitiva: a nivel de desarrollo moral, la adolescencia no es un punto y aparte, sino que supone una total y progresiva continuidad de las etapas anteriores.

4.4. A modo de conclusión sobre el desarrollo moral.

A través de 10 puntos vamos a revisar algunas ideas importantes con respecto al desarrollo moral, desde un punto de vista evolutivo.

1. Existen procedimientos, como los dilemas morales de Kohlberg, que pueden medir el desarrollo moral. Bien, pues algunos estudios han venido a confirmar que[8]:

- los adolescentes con historial de delincuencia presentan un menor desarrollo moral.

- los niños y adolescentes que muestran un juicio moral más avanzado, también se comportan de forma más honesta, y manifiestan mayor comportamiento prosocial en situaciones especialmente sacrificadas, y en las que no cabe esperar una recompensa a cambio.

2. Hasta los 6, 7 años el mejor instrumento que educadores, padres y madres...pueden usar al servicio del desarrollo moral del niño es la empatía:

- dándoles oportunidades para que se pongan en el lugar de la otra persona.

- y para que a través de ello puedan comprender sus sentimientos.

3. Entre los 7 y los 12 años otros son los instrumentos más adecuados al servicio de un armónico desarrollo moral:

- la facilitación de la autonomía: no estamos hablando de "dejar hacer" sin control alguno, del *laissez-faire*; sino de ceder control. Y ceder control supone: mostrar cómo se puede hacer algo, ayudando

lo mínimo necesario; esperar lo mejor (expectativas positivas sobre el niño o niña); y también ejercer un control firme, cuando se da una transgresión.

- y el respeto de sus opiniones, criterios, puntos de vista (también relacionado con la autonomía).

4. A partir de los 12 años resultan muy útiles las metodologías de desarrollo moral (clarificación de valores, entrenamiento en habilidades comunicativas, role-playing, autorregulación...).

Todas ellas se basan en la confrontación de opiniones, en el respeto mutuo, y por supuesto en la facilitación de la autonomía.

5. Los padres son quienes más influyen en el desarrollo moral de esta etapa, y especialmente, sobre los hijos varones.

Parece que también influyen en el mismo otras figuras adultas.

6. El modo de proceder de los padres *-pautas de crianza-* influye en el tipo de juicio moral que desarrolle el hijo:

- si usan castigos físicos frecuentes (modelos autoritarios) > conducta moral más baja en los hijos.

- si razonan, se les presenta alternativas (en definitiva, se les cede control) > conducta moral más alta.

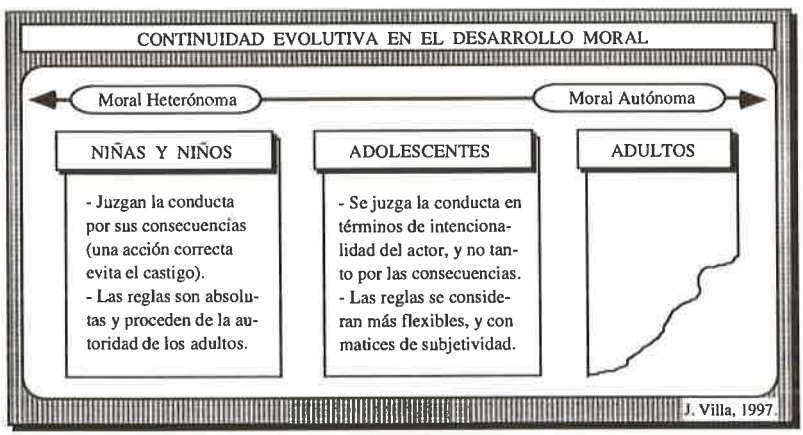
No es tan importante la pauta de disciplina que apliquen los padres, cuanto si a través de ella ceden o no control a los hijos.

7. Según algunas investigaciones (Roy Hopkins, 1987) al principio de la adolescencia las chicas avanzan más que los chicos en el proceso del juicio moral, pero hacia el final de la etapa estos alcanzan, e incluso sobrepasan, a sus compañeras.

8. La resolución de la crisis de identidad (de la que hablaremos enseguida) tiene que ver mucho con el desarrollo moral. El asumir

determinados principios éticos e ideológicos, incluso vocacionales, ayuda a resolver la crisis de identidad.

9. Algunas de las principales ideas de esa continuidad evolutiva en el desarrollo moral aparecen representadas en el esquema siguiente.



10. Es necesario recalcar algo obvio, que no por obvio resulta menos importante: el comportamiento moral se aprende fundamentalmente por modelado, es decir observando cómo se comporta la persona-*modelo*, y no tanto por la verbalización de determinados principios. El dicho popular de que "el niño aprende lo que ve" es cierto (más lo que ve, y menos lo que oye). Sólo que a veces nuestros comportamientos, aunque sumamente sutiles, son *vistos* igualmente.

4.5. La interacción familiar, como educación moral.

¿Qué es la ***educación moral***? Enseñar criterios para actuar, de forma autónoma, racional y cooperativa, en situaciones de conflicto de valores.

Ya hemos hablado, a lo largo de este apartado, de la importancia de

saber facilitar la autonomía a nivel de contexto familiar, pero ahora vamos a recordarlo de nuevo.

✸ Tan importante es la familia como los iguales para desarrollar el razonamiento moral. Algunos estudios han llegado a afirmar, incluso, que los padres, por su posición jerárquica, lo retrasan. Lo dicho: algunos modelos de crianza resultan contraproducentes, y el grupo de iguales resulta insustituible. Unos (padres) y otros (compañeros) aportan elementos necesarios, a la vez que diferentes, para ese desarrollo.

✸ Cuando se usa la disciplina como forma de autoafirmar el poder de los "cuidadores", y se retira el amor, el resultado es que se inhibe el desarrollo moral.

✸ Aquellos padres que tratan de manera abierta y flexible temas morales con sus hijos, aceleran más y mejor el desarrollo del razonamiento moral.

✸ En definitiva: los padres que más valoran las pautas flexibles de pensamiento, y que facilitan el comportamiento autónomo de sus hijos, son quienes mejor contribuyen al desarrollo del razonamiento moral de sus hijos.

5. EN BUSCA DE LA IDENTIDAD PERSONAL.

5.1. Introducción.

Al considerar socialmente la adolescencia como una etapa tormentosa, y de paso de la niñez a la vida adulta, se facilita en el adolescente:

■ un sentimiento de no pertenecer a ningún grupo de referencia: ni al de los niños, ni al de los adultos.

■ una fuerte ***crisis de identidad*** (hablaremos ahora de la identidad).

Como consecuencia de ello (de sentirse en una etapa de paso, y con crisis de identidad) aparecen en los adolescentes diversas manifestaciones de inestabilidad emocional. La incertidumbre ante el futuro profesional aún acrecienta más su contestación y desarraigo del mundo adulto.

Bamber comprobó experimentalmente cómo los adolescentes conceptualizan únicamente 2 períodos evolutivos: la niñez y la madurez. Ellos se incluyen en el 2° grupo.

La misma crisis de identidad es un trampolín hacia la ***identidad del yo*** que no todos los jóvenes saben aprovechar.

Erikson ha analizado las condiciones que facilitan la construcción de la *identidad del yo*, que se agrupan bajo el denominador de ***moratoria psicosocial***: durante esta etapa de moratoria, al adolescente se le permiten determinados niveles de emancipación de los que no dispone el niño, y además no se le imponen obligaciones adultas, con lo cual puede dedicarse a sí mismo a fin de ir experimentando su identidad, e irla conformando progresivamente.

Algunos aspectos que van a facilitar esa identidad personal, durante la *moratoria*, son (Erikson, 1981):

◆ la integración del pasado y el futuro en su trayectoria (tal y como vimos al hablar de la construcción de la memoria biográfica).

◆ los juicios y los reflejos de los demás (cada uno de nosotros somos un espejo que devolvemos un imagen determinada a cada persona). En una etapa de dudas como ésta, nuestros reflejos positivos van a serles muy útiles.

◆ puesto que no existen obligaciones adultas, pueden experimentar y probar roles adultos, sin que por ello deban asumirlos (la inseguridad se vence, probando, con la práctica progresiva).

◆ a nivel sexual, sus experiencias heterosexuales también contribuyen a conformar su identidad personal (de ello hablaremos

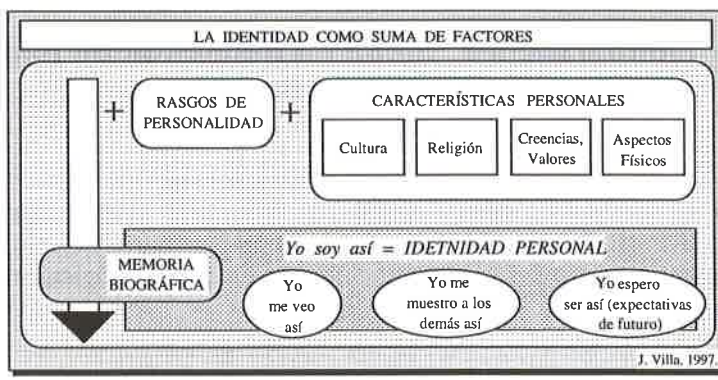
luego más detenidamente).

◆ a nivel social, reconocen que es necesaria la autoridad de los adultos. Ellos también asumen, si es necesario, responsabilidades y roles de liderazgo formal, aunque sin encadenarse a ellos.

◆ paralelamente al proceso de conformación de la identidad personal, los jóvenes desarrollan sus propios sistemas de valores, que les permitirán tomar decisiones. Si los valores, como forma prescriptiva de representación simbólica, se conforman en la adolescencia, uno está decidiendo el sistema -sistema de valores- que le permitirá tomar decisiones el resto de su vida.

5.2. Pero ¿qué es la identidad personal?

La identidad supone un conjunto de rasgos de personalidad (patrones de conducta con base psicofisiológica) y de características personales (cultura, religión, aspectos físicos...).



Recordemos que estamos hablando de una etapa en la que los cambios fisiológicos de la pubertad han tenido algunas consecuencias psicológicas de cierto desajuste del *yo mismo*:

❖ creciente interés por todo lo relacionado con el cuerpo; hay un momento (ya hablamos de ello) en que la apariencia física es la mayor preocupación.

❖ si bien las chicas se suelen mostrar como menos románticas que los chicos, debido a una mayor presión social (sexo-género), se sienten más insatisfechas con sus cuerpos.

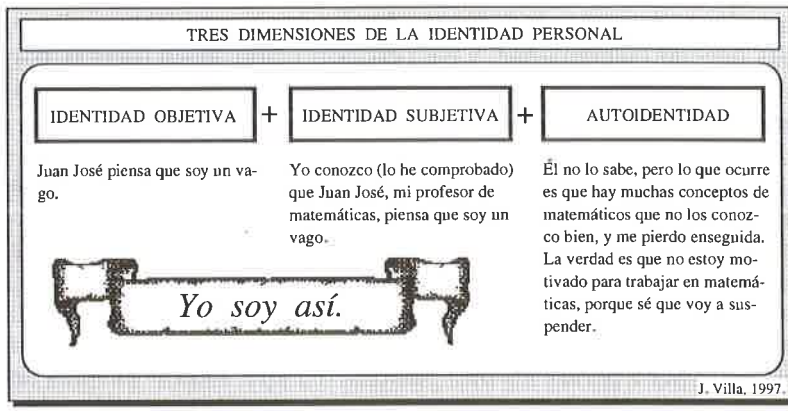
En esta etapa la construcción de la *memoria biográfica* (interpretación de las propias experiencias, en un relato personal y organizado, en el que interviene el pasado, presente y futuro) constituye uno de los ejes de la conformación de la identidad.

Podemos hablar de 3 tipos de identidad personal (Roy Hopkins, 1987).

✡ ***Identidad objetiva***: responde a cómo perciben los otros la identidad de un individuo.

✡ ***Identidad subjetiva***: responde a la impresión que uno percibe de cómo es visto y conceptualizado por los demás.

✡ ***Auto-identidad***: responde a cómo yo mismo me veo, me percibo, me siento...aunque no me manifieste tal cual a los demás. Es fundamentalmente este aspecto de la identidad (autoestructura) el que más se desarrolla durante la adolescencia, aunque lógicamente los 3 aspectos están interrelacionados.



Para explicar mejor estos aspectos de la identidad personal voy a poner un par de ejemplos. No hace mucho asistí voluntariamente a una agencia de marketing. Quería analizar a fondo las estrategias *manipulativas* puestas al servicio de la venta. Me presenté a mi interlocutora -azafata- con una personalidad falsa (aunque no totalmente falsa, porque no soy tan buen intérprete como para ello), pero sobre todo me aseguré bien de que mi forma de ser no causara perplejidad ante ella, pareciese bien consistente, y sobre todo le hiciera confiar en mí para seguir avanzando (si ella cree que soy quien cree, pensará que sus técnicas de *calentamiento* han dado resultado positivo, y que yo he abierto mi mundo, mi persona a sus requerimientos y preguntas). Así que:

➢ *la identidad objetiva* corresponde a la idea que la vendedora se ha hecho de mí. La conozco, indirectamente, por su comunicación no verbal, por el nivel de confianza que adopta en la interlocución, y por las estrategias *ocultas* que usa. En algún momento me replica que soy un poco serio y frío a nivel emocional, pero veo que asume bien el hecho de que me manifieste algo serio y frío, y veo que lo asume como algo real (como si yo fuera así).

➢ *la identidad subjetiva* está muy relacionada con la anterior: es lo que yo percibo que ella percibe de mí, sólo que en este caso todo es un juego *teatral* para tratar de adivinar muchas variables que usa para intentar manipularme, y para conocer cómo deben hacerlo, por tanto, (las muchas personas de aquella empresa) con otras personas de la calle.

➢ *la autoidentidad*, sólo conocida por mí, en este caso está alejada de la objetiva, y más cercana de la subjetiva. Yo no me veo serio ni mucho menos frío, pero dramatizo ser una persona seria y fría como forma de acceder al fondo de ese mundo controvertido. Y, sobre todo, me siento seguro de mí mismo: conozco estrategias -he trabajado durante años formando en ellas a grupos de personas- que pueden echar a perder los más potentes -aunque sutiles- intentos de manipulación. Uno de los motivos que me ha llevado hasta allí ha sido el poder conocer desde dentro todo ese mundo, para incorporar a algunas áreas de mi trabajo profesional estrategias preventivas más sistemáticas para con quienes dicen sufrir las consecuencias del marketing agresivo de hoy día.

Pero volvamos con Pedro y Jacinto. Pedro curso 4º de ESO ¿recordáis?, y no pudo hacer huelga, porque de lo contrario…

➢ *Identidad objetiva*: Pedro es percibido por su padre como rebelde, y éste actúa en consecuencia.

– *A éste lo voy a meter yo en vereda…* -piensa Jacinto. Además cree que el comportamiento de Pedro tiene un punto de destino: él mismo, como padre.

A diferencia, su madre lo percibe más que como rebelde, como irascible… y entiende que pasa un mal momento. Intenta hablar con él, cuando ambos están a solas,… pero no consigue nada. Ella lo pasa mal porque no sabe qué hacer. Pedro le sigue el juego a su madre, a pesar de que su actitud tampoco le gusta: al menos una persona está pendiente de él, que no es poca cosa. Eso sí, no soporta la sobreprotección -por eso no le cuenta su vida-, pero necesita el apoyo de alguien, y en concreto de ella, así que por eso le sigue el juego.

➢ *Identidad subjetiva*: Pedro no es nada tonto. Se ha hecho un retrato robot de cómo su padre y su madre lo perciben, y piensa:

– *Tú, Jacinto, ¿quieres guerra? Pues la tendrás.*

– *Tú, María* -así se llama su madre-, *eres demasiado pesada y ya sé que lo haces con la mejor intención, pero no puedo soportar que me mimes como a un niñato. Claro que, por otra parte, necesito tenerte, y saber que estás pendiente de mí. Por eso que debo seguirte el juego: es como si no, pero sí.*

➢ *Auto-identidad*: – *Es un poco complicado todo esto* -piensa Pedro para sí. Este curso tiene la negra. Primero fue Carlos, que a los 3 meses de llegar nuevo a su curso le suplantó en parte de sus funciones como líder. Lo segundo, y esto no se lo perdona a sí mismo, ha perdido a su mejor amiga, con la que se había hecho ilusiones de no sé qué, y encima ahora sale -cree que sale, porque sólo la ha visto un par de veces- con Carlos. Pedro se siente realmente mal. Hay una frase que se ha ido grabando, como a fuerza de mazos, en lo más profundo de su pensamiento: *¿Qué puede tener ese imbécil* -refiriéndose a Carlos- *que no tenga yo? Ya no soy lo que era, nadie (excepto mi madre) me hace caso. Ya no sirvo para nada. Estoy hecho un asco. Nada tiene importancia para mí. Si ella, por un casual, quisiera...*

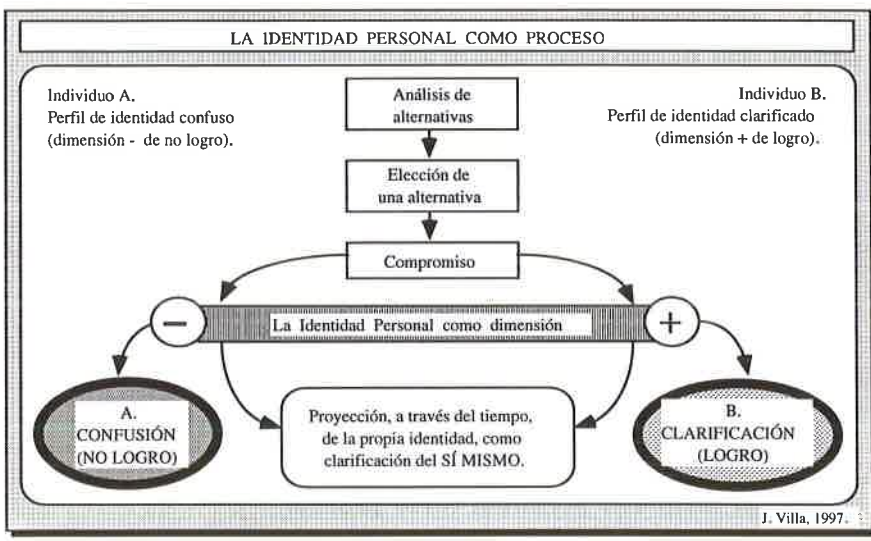
5.3. La identidad personal, como proceso.

Erikson aporta otro elemento al concepto de identidad personal, y es la continuidad evolutiva (que ya incorporé a uno de los esquemas anteriores); es decir, la identidad, si bien sufre cierto estado de crisis en la adolescencia, e incluso de cristalización, supone un continuo del sí mismo a través de la evolución desde las primeras etapas evolutivas. Parece, pues, que en la adolescencia, aunque no en todos los jóvenes, ***sí suele darse una crisis de identidad, pero nunca alteraciones radicales***.

La crisis no supone más que ***un mecanismo de clarificación del***

sí mismo, que *persigue el sentido óptimo de la identidad*, momento que, una vez alcanzado, *se experimenta como un bienestar psicosocial* (Roy Hopkins, 1987).

Pero el logro de la identidad puede entenderse, según Erikson, como una dimensión. Cada cual obtiene una puntuación determinada dentro de ella, y que es consecuencia de un proceso de análisis de las alternativas posibles, un proceso de elección, y finalmente un proceso de compromiso que se prolonga a través del tiempo.



Según el esquema anterior, la opción ***a*** supone un proceso de confusión y escaso logro de clarificación de la identidad personal (puntuación baja en la dimensión). Mientras que la opción ***b*** supone un proceso de clarificación y logro positivo. Como consecuencia, es previsible que quien opte por la opción ***b*** experimente un mayor bienestar psicosocial, que quien opte por la opción ***a***.

Cuando la identidad se resuelve de forma negativa (puntuación

negativa en la dimensión) se suelen despreciar con hostilidad los valores sociales, los de la propia familia, y los des contexto inmediato (centro escolar, cuidadores...). Los padres, muy sensibles ante el comportamiento de los hijos en esta etapa, se suelen mostrar muy exigentes con ellos, exigiéndoles compromisos que muchas veces no pueden asumir. El extremo de la identidad negativa puede culminar con la separación de los padres (escaparse de casa), e incluso en casos más extremos con el suicidio (el suicidio como única elección posible de identidad personal).

Una vez más habría que recordar que facilitar en el joven la autonomía no es ni l*aissez-faire*, ni imponer; sino todo lo contrario.

Los estilos parentales influyen mucho en el ***consumo de drogas*** durante estas etapas. Los padres absolutistas, autoritarios, autocríticos, a través de la voz de *ordeno y mando* no han podido transferir control, la autonomía necesaria a su hijo o hija. Al llegar a la adolescencia, e incluso antes, la familia ha perdido la preponderancia, y ésta ha pasado al grupo de iguales. El autoritarismo ha modelado jóvenes dependientes, e incluso rebeldes. El grupo es el gran salvador: da seguridad cuando ésta falta, y da el Vº Bº a la rebeldía. En esa situación el consumo de algunas drogas (tabaco, alcohol, antes la marihuana, ahora las drogas de diseño...) se produce en situaciones de presión de grupo: presión de grupo sobre los más dependientes, y sobre aquellos que más se identifican con el grupo, porque tal vez su identidad yazca algo confusa.

Eso mismo le está ocurriendo a Pedro. Él se siente mal. Casi con seguridad un terapeuta le diagnosticaría alguna forma de depresión. Aunque Pedro sería lo último que haría, acudir a una consulta... -*a ver si se van a creer que estoy loco, lo único que me ocurre es que estoy atravesando un mal momento* -piensa a veces.

Aún confía en que su grupo -*grupo informal*- le restablezca como verdadero líder, al menos entre los chicos. Para ello debe *aprender a beber*. Que ¿qué quiere decir eso? Pues cuando van a los bares de marcha, debe beber más que nadie. Lo suficiente como para notar los efectos psicoactivos del alcohol -para *colocarse, encontrar el puntillo...* y olvidar sus problemas, en su argot- y no tanto como para

perder el control y emborracharse. Pedro debe ser, ante todo, una figura a imitar: debe aguantar bebiendo.[9] Ya lleva unas cuantas semanas así. Sus padres intuyen algo, pero no lo saben.

En general los adolescentes tienden a mostrar conformidad con el grupo de iguales (moral convencional), y menos a mostrar sus juicios de forma autónoma... porque el grupo es el gran protagonista. Esto implica que cualquier tipo de intervención debe pasar por el grupo, y respetándolo, por supuesto. No está de más hacer notar que en el centro escolar, en el instituto... se hacen más o menos permeables las redes informales, de cara a intervenir en esta etapa tan rica como controvertida (y controvertida según estereotipos sociales).

5.4. ¿Y la identidad sexual?

A través de los diversos contextos de socialización, y a lo largo de los años, se ha ido ejerciendo sobre el niño, sobre el joven, una fuete presión sobre lo sexual. Va descubriendo, cada vez con mayor claridad y precisión, lo que es propio (a todos los niveles) del hombre y de la mujer, y por tanto, lo que se espera de él como chico que es, o lo que se espera de ella como chica.

Muy a menudo se habla de la dicotomía sexo-género. La ***identidad sexual*** se refiere más a la conciencia de *ser sexuado*, hombre o mujer, y que se va haciendo a través del tiempo. El***género***, a diferencia, se refiere más a los roles asignados socialmente como hombre o como mujer que se es.

Bien, pues a medida que nos aproximamos a la adolescencia, los niños y niñas van siendo cada vez más conscientes de que su identidad sexual es una, y no puede cambiarse a voluntad[10]; hacia los 6, 8 años aparece ya cierta consistencia. Pero aún a esta edad, dicha identidad depende en parte de la identidad de género (roles asignados).

A partir de los 8, 9 años y hasta la adolescencia, van relativizando cada vez más lo asignado socialmente -género-, y hacen depender su identidad sexual del proceso de sexuación a través del cual se van

haciendo como hombres o como mujeres (dando mucha importancia a las diferencias anotómico-morfológicas, y en concreto a las de los genitales). Y con ello en absoluto indicamos que los roles de género carezcan de importancia para los adolescentes; nada más lejos de la realidad. Esa relativización es más de tipo conceptual[11], en el proceso de construcción del *sí mismo sexual*; y es precisamente en esa construcción cuando se reafirmarán con mayor intensidad en el género... que a fin de cuentas supone responder positivamente a las expectativas que todo el mundo tiene puestas en ellos y ellas.

5.5. Una conclusión.

La identidad personal (y dentro de ella, la sexual) -una especie de núcleo sobre el que se articulan otros muchos aspectos de la persona- se inicia desde las primeras etapas del desarrollo, aunque sea de forma tímida. Por fin, en la adolescencia sufre un proceso de cristalización; justo en el momento en que el joven comienza a adquirir memoria biográfica, necesita redefinir y aclarar su identidad, a través de los 4 círculos representados en el esquema *la identidad como suma de factores*:

- yo me veo así: la identidad unifica la representación que el individuo posee sobre el *yo mismo*.

- yo me muestro a los demás así: la representación como el *yo mismo* se muestra a los demás.

- yo espero ser así: la representación de las expectativas de futuro del *yo mismo*.

- yo soy así: como la suma de todos los factores anteriores, como el núcleo de la representación de la persona.

En el *cómo me veo* entra en juego el factor del autoconcepto-autoestima.

5.6. La autoestima en la adolescencia.

Se suelen emplear con relativa flexibilidad 2 términos que son diferentes:

❒ ***Autoconcepto***: se refiere más al aspecto perceptivo del *yo mismo*; cómo yo me percibo.

❒ ***Autoestima***: más referida al aspecto emotivo-afectivo; cómo y cuánto yo me quiero, me aprecio a mí mismo.

Y todo ello se refiere a diversos factores: corporales o físicos, psíquicos, sociales y morales. Algunos test evalúan, además, factores académicos.

La importancia que los jóvenes dan al propio cuerpo, y al atractivo físico, y justo en un momento en que precisamente ese cuerpo sigue transformándose, unido todo ello a la presión social (especialmente sobre las chicas) para adaptarse a los cánones ideales de belleza, añadirán una dificultad creciente para una autoestima positiva.

Finalmente, en una etapa en que se es sumamente susceptible a las críticas, los *reflejos* que el joven y la joven reciba de su entorno, le influirán notablemente, ya de forma positiva o negativa (según sean éstos).

Es el autoconcepto, la autoestima, en definitiva, una actitud sobre nosotros mismos, que nos impulsará sin duda a un tipo u otro de comportamiento; algo así como un potente motor del *yo mismo*.

6. UNA FRASE, PARA ACABAR.

Definitivamente, *el mito adolescente* no puede admitirse.

Notas

[1] Villa Bruned, Joaquín. Entre tú y yo. Sin publicar (p. 41).

[2] Entendemos por sexualidad las vivencias del hecho de irse haciendo persona sexuada.

[3] Es interesante que el padre, la medre asuman que su hija o hijo, a esta edad, necesita crecer en autonomía. El que los padres pierdan el privilegio absoluto quiere decir que van a seguir siendo imprescindibles, pero no pasa lo mismo que antes. La niña, el niño de 8 años seguirá necesitando indiscutiblemente de la seguridad parental para crecer, para seguir creciendo a todos los niveles, y también en independencia.

Unos años más tarde, en la adolescencia, aún se hará más patente esa *alergia* a la sobreprotección, pero ¿cuidado!, en una etapa en la que va a necesitar a toda costa sentirse apoyado.

[4] Luego deberemos ampliar más esta información.

[5] En un capítulo posterior hablaremos de ello.

[6] Estamos hablando de "salir", sin connotar negativamente esa acción. A veces desde el mundo adulto el "salir" es sinónimo de "aprovecharse de ...", para ellos; "perder la vitrginidad" para ellas; "mantener relaciones coitales.",...

[7] K0lberg, 1976.

[8] Roy Hopkins, J. (1987). Adolescencia. Años de transición. Madrid. Pirámide. Cap. 17 (pp. 273-274).

[9] Nótese que estamos hablando de un proceso de tolerancia al alcohol; es decir, aguantar bebiendo es, ni más ni menos, que sinónimo de enfermar.

[10] López/Fuertes (1994). Para comprender la sexualidad. Navarra. Verbo Divino. (p. 59). [11] Ibídem. (p. 59).

Bibliografía.

ALEXANDER,Theron / ROODIN, Paul / GORMAN, Bernard (1980). Psicología Evolutiva. Madrid. Pirámide.

CLAXTON, Guy (1987). Vivir y aprender. Madrid. Alianza.

ERIKSON, E. H. (1981). Identidad, juventud y crisis. Taurus.

HERONLD, E. S. (1974). Stages of date selection: A reconciliation of divergent findings on campus values in dating. *Adolescence*, nº 9 (pp.113 - 120).

HOPKINS, J. Roy (1987). Adolescencia. Años de transición. Madrid. Pirámide.

KOHLBERG, L. (1976). Moral stages and moralization. En Lickona, L. (edit.) Moral development and behavior. New York. Holt, Rinehart and Winston.

LÓPEZ, Félix / FUERTES, Antonio (1994). Para comprender la sexualidad. Navarra. Verbo Divino.

PALACIOS, J. / MARCHESI, A. / COLL, C. (Comp.) (1991). Desarrollo psicológico y educación (Tomo I). Psicología Evolutiva. Madrid. Alianza.

VILLA BRUNED, Joaquín (1990). Comprensión diferencial de un audiovisual de estructura cognoscitiva por alumnos de 8 y 11 años. Investigación cuasi-experimental. Madrid. PNNTIC. Sin publicar.

VILLA BRUNED, Joaquín (1995). Sueños Despiertos. Sin publicar.

VILLA BRUNED, Joaquín (1996). Tolerancia: Sueños por despertar. En proceso de publicación. MEC.

UNA METODOLOGÍA DE COUNSELING PARA EL TRABAJO SOCIAL

Jesús Miranda Páez
Ldo. en Psicología y Diplomado en Diseño y Estadística en Ciencias de la Salud

RESUMEN

La Terapia de la Realidad es un método de **Counseling** *desarrollado por Glasser (1965; 1984) basado en un modelo de Necesidades Básicas Psicológicas. Fue utilizada, en sus inicios, en programas para la rehabilitación de delincuentes jóvenes y adultos (Glasser, 1965), posteriormente en el tratamiento de diversos trastornos del comportamiento, en el ámbito de la educación (Glasser 1969; 1980; 1986), y más recientemente en el campo de la administración y dirección de personal (Glasser 1994).*

El proceso de autoevaluación del sujeto juega un papel fundamental en el desarrollo optimo de este proceso; por ello, este aspecto preocupa de forma especial a los profesionales que utilizan esta técnica.

Se presenta como un método que sería de utilidad para el Trabajador Social en su labor orientativa.

UNA METODOLOGÍA DE COUNSELING PARA EL TRABAJO SOCIAL

Bajo el término *Counseling* (Consejo) se pueden encontrar significados muy diferentes según el contexto al que queramos referirnos. En el campo de la Psicología su significado, a menudo, se diluye en el de la Psicoterapia; y es que resulta muy tenue la membrana que les separa. Como veremos, implica un aprendizaje por parte del demandante de ayuda, que nos puede llevar a pensar, sin equivocarnos demasiado, en que consiste en un método educativo particular.

El *Counseling* puede definirse como una forma de relación auxiliante, interventiva y preventiva en la que el profesional intenta orientar al sujeto demandante de ayuda en un aprendizaje cognitivo y emocional, encaminado a mejorar su competencia, capacidad de autoayuda y autodirección (Dietrich 1983).

El sentido del Counseling traspasa la mera prestación de ayuda. Como indica Martin Herbert (1992) en su texto de Psicología en el Trabajo Social:

"El consejo, por otra parte, pone el énfasis en que la persona con la dificultad es la persona con los recursos necesarios para enfrentarse a ella." (pag. 188).

No profundizaremos aquí en la, ya clásica, polémica de su diferenciación respecto a la terapia; en cualquier caso, se podrá apreciar que el método de Counseling que nos ocupa sobrepasa el campo de la Psicología Clínica y supone aplicaciones muy diferentes.

Parece razonable pensar que el Counseling debería ocupar un lugar importante dentro de las habilidades necesarias para el desarrollo profesional de los Trabajadores Sociales. Cuando el objeto del Counseling es la comunidad, Blocher y Biggs (1983) señalan:

"(...) Al trabajar con organizaciones sociales nos interesamos por

la manera en que los seres humanos individuales se comportan en la interacción con otros. En la intervención nos enfrentamos con procesos que, básicamente, sólo difieren en cuanto a la complejidad respecto a aquellos con los que trabajamos en el consejo y orientación individuales. Los instrumentos fundamentales que utilizamos en la consulta, en el trabajo de grupo o en el desarrollo organizacional se basan en la sensibilidad y comprensión de las necesidades, valores y características humanos" (p.34).

La Teoría de W. Glasser.

El ingeniero y psiquiatra William Glasser basándose en sus experiencias clínicas comenzó a desarrollar un nuevo método de psicoterapia en los años sesenta, apartándose de los métodos tradicionales de corte dinámico utilizados en los años sesenta en la Psiquiatría de EE.UU. Este autor vio publicado en 1965 su primer libro donde se exponían las bases de su terapia: *Reality Therapy. A new approach to psychiatry.*

Esta técnica de Counseling está focalizada, especialmente, en la toma de responsabilidad por parte del "cliente" sobre las consecuencias de su conducta y en la consideración de la viabilidad de sus opciones.

El profesional que aplica los principios de la Teoría de Glasser, podemos considerar que juega un papel de *orientador* mediante el cual guía al sujeto y le invita a reflexionar sobre las opciones que puede tomar ante la situación problemática (Miranda, 1993).

En el año 1967 fue establecido el *Institute for Reality Therapy* en Los Ángeles (California) y en 1981 se comenzó a publicar en EE.UU. el *Journal of Reality Therapy*, que cuatro años más tarde pasaría a editarse de forma conjunta con la Northeastern University de Boston. Desde entonces dicha revista recoge artículos sobre la teoría, la práctica y las aplicaciones en diversas áreas, de la Terapia de la Realidad y de la Teoría de Control.

Esta técnica fue utilizada, en sus inicios, en programas para la rehabilitación de delincuentes jóvenes y adultos (Glasser, 1965), posteriormente en el tratamiento de diversos trastornos del comportamiento, en el ámbito de la educación (Glasser 1969; 1980; 1986), y en su más reciente desarrollo, sobre el campo de la administración y dirección de personal (Glasser 1994).

El Modelo.

El modelo teórico de W. T. Powers (1977) sirvió como base a Glasser para desarrollar, a partir de éste, la denominada Teoría de Control (Glasser 1984); que le permitió ofrecer una representación sencilla, pero completa de sus ideas. Dicha denominación se ha cambiado desde finales de 1996 por el término *Choice Theory* (Teoría de la Opción o Elección), que expresa mejor la idea global que subyace al modelo (FIGURA I).

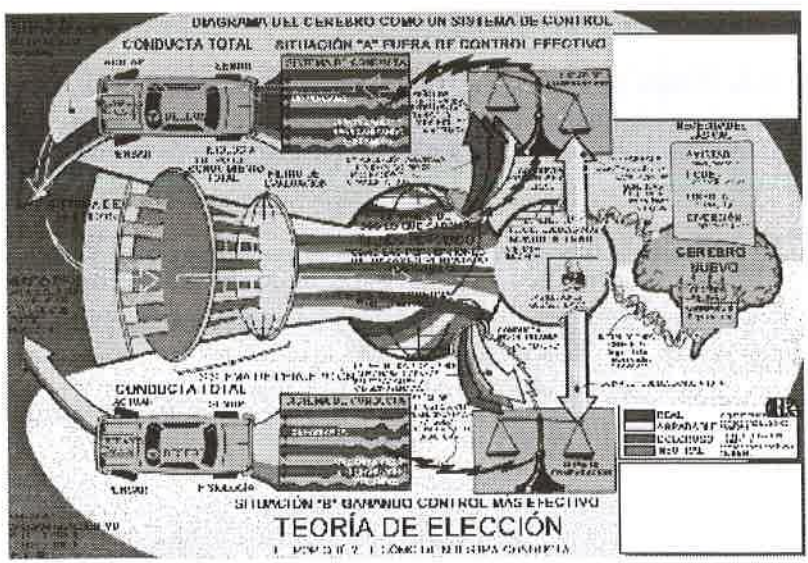


FIGURA I: Modelo de la Terapia de la Realidad

La Terapia de la Realidad o Reality Therapy es un método de counselling que considerará que nuestra conducta es un intento de satisfacer una Necesidad Biológica esencial (Necesidad de Supervivencia) y unas Necesidades Psicológicas Básicas que son comunes a todos los sujetos, independientemente de su condición o cultura.

Este enfoque entiende que la conducta está orientada hacia una meta: la satisfacción de dichas necesidades bajo la particular visión que el individuo tiene de la realidad, esto es, su Mundo de Calidad.

Hay una serie de constructos fundamentales a considerar en el modelo de la teoría que nos ocupa; un conjunto de Necesidades Básicas que se van a operacionalizar en unas imágenes o deseos, en cuya elaboración intervienen nuestros conocimientos, percepciones y experiencias. Esa constelación de imágenes se constituyen en el concepto Mundo de Calidad.

Desde el ambiente y a través de nuestros sentidos nos llegan los estímulos que ya han sufrido cierto filtrado que le otorgan los sistemas sensoriales entre otros. Estos estímulos se habrán convertido entonces en percepciones y su conjunto se denomina en este modelo Mundo Percibido.

Es la constante confrontación de nuestras percepciones con nuestro particular Mundo de Calidad lo que pone en funcionamiento nuestro sistema de conducta

Actualmente la Teoría de la Opción distingue cuatro Necesidades Psicológicas Básicas: La necesidad de Poder, la necesidad de Pertenencia, la de Libertad y la referida a la Diversión. Todas ellas constituyen un sistema en constante búsqueda de equilibrio.

La Metodología.

La Terapia de la Realidad orienta al sujeto para conseguir un control efectivo sobre su comportamiento, para ello le invita a analizar sus

diferentes opciones de conducta para estimar cual puede ser la mejor forma de satisfacer sus necesidades básicas.

El proceso de autoevaluación le permita considerar objetivamente si su propio comportamiento contribuye o no a satisfacer sus necesidades. Esto conlleva enfrentar al individuo con la realidad centrándose en el momento presente de su vida; evitándose por parte del profesional, cualquier tipo de crítica o reproche hacia la conducta del sujeto.

Entre los pasos fundamentales que debe seguir el orientador, se encuentran la exploración de las Necesidades Psicológicas que no están siendo cubiertas, para lo cual, es necesario intentar comprender las imágenes y percepciones del sujeto para llegar a comprender su conducta y tener una información acerca de la forma particular en que éste está percibiendo y valorando los hechos.

Siguiendo la teoría de Glasser, ese conjunto de imágenes referido constituyen el denominado Mundo de Calidad (Quality World) del individuo. Son las imágenes positivas del sujeto que deberán ser comparadas con las percepciones sobre los hechos (Figura II).

El establecimiento de prioridades y la autoevaluación es el inicio de un procedimiento para inducir un cambio en el comportamiento del sujeto. Entre las cuestiones que podemos plantear a la persona invitándole a la autoevaluación, un ejemplo típico sería: "Si sigues haciendo esto... ¿mejorará, empeorará o seguirá igual tu situación?".

Se irá estableciendo un cierto compromiso de buscar y plantear nuevas alternativas de conducta, priorizando las iniciativas del propio sujeto que le permitan cambios de conducta.

Cada sesión debe acabar con el compromiso firme de llevar a cabo un plan muy especifico que vaya aproximando al sujeto a la consecución de una meta establecida.

El cumplimiento de estos planes acrecienta progresivamente la toma

de responsabilidad del individuo sobre su propia conducta, lo cual representa la finalidad básica de esta intervención.

Para que se produzca un desarrollo optimo de este proceso es necesario alentar y orientar la autoevaluación en la persona.

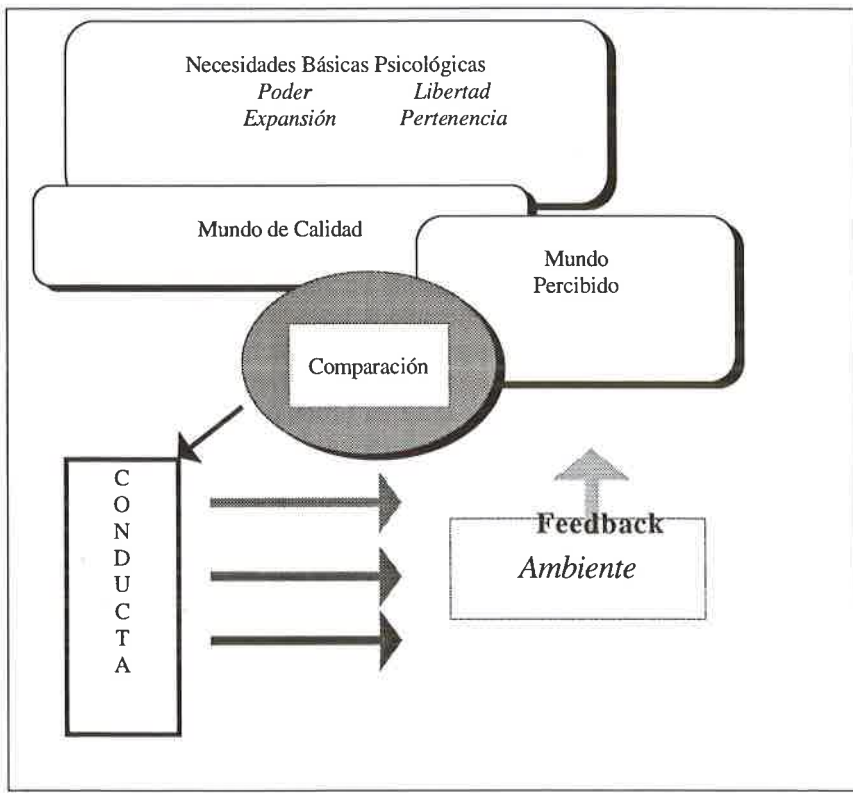


FIGURA II: Comparación de imágenes

La Autoevaluación del sujeto.

En esta técnica se invita al sujeto a llevar acabo una autoevaluación, es decir, una conducta autorreferida que le permita analizar las consecuencias de su propia conducta; atendiendo a sus acciones, pensamientos, sentimientos y repercusiones sobre su fisiología.

Este proceso cooperativo entre el demandante y el orientador contribuye al estudio retrospectivo de las Necesidades Básicas del sujeto que no son correctamente satisfechas.

Elijah Mickel (1996) Director de un programa de Trabajo Social de la Delaware State University propone un modelo sobre la autoevaluación a desarrollar en la práctica de esta orientación..

En su propuesta aboga por el uso de los diseños cuasi-experimentales de caso único (Campbell y Stanley, 1963; Barlow y Hersen, 1988) como posibilidad para ayudar al cliente a cotejar y valorar los cambios producidos en su conducta respecto a la línea base establecida antes de la intervención; centrando especialmente su atención sobre el modo en que está contribuyendo a satisfacer sus Necesidades Básicas. Este análisis permite dilucidar si se va produciendo, a lo largo del proceso, la progresiva toma de responsabilidad por parte del cliente sobre su propia conducta.

La labor del profesional debe incluir la génesis de un ambiente de apoyo en el que los clientes puedan empezar a introducir cambios en sus vidas; es la evaluación interna del cliente la que prepara el terreno para el cambio. El orientador ayuda al cliente a llegar a este punto crítico y cruzarlo, pero es éste el que elige su conducta.

Vinculación al Trabajo Social

El aprendizaje de técnicas de Counseling puede ser de utilidad a los Trabajadores Sociales para su interacción con los individuos que demandan asistencia. Técnicas como la Terapia de la Realidad ayudan

a la orientación del individuo, capacitándole para afrontar los problemas mediante el aprendizaje de estrategias presididas por la autoevaluación.

Desde los años sesenta se vienen utilizando aplicaciones de este modelo (Glasser, 1965), implementándose en programas de educación, de rehabilitación de delincuentes, de tratamiento para pacientes hospitalizados, de adicciones, y en otras diversas áreas.

Se trata de un enfoque cognitivo-conductual de fácil comprensión, cuya puesta en práctica no siempre exige al profesional una excesiva profundización en el campo teórico de la Psicología. La relación de Counseling no implica necesariamente un consejero profesional. El Counseling se define mejor en términos de actividades involucradas en el proceso, que por la titulación de los participantes (Lewis, 1970).

El aprendizaje constante de mejores formas de satisfacer Necesidades al que se enfrenta la persona en el marco de la vinculación con otros individuos, es una compleja tarea educativa donde el Trabajador Social debería implicarse.

Bibliografía

Barlow, D. H. y Hersen, M. (1989). Diseños experimentales de caso único. Barcelona: Martínez Roca.(Original en Inglés 1984).

Blocher, H. D. y Biggs, D. A. (1986). Psicología del Counseling en medios comunitarios. Barcelona: Herder. (Original en Inglés 1983).

Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research. Chicago: Rand McNally.

Dietrich, G. (1986). Psicología General del Counseling. Barcelona: Herder. (Original en Inglés 1983).

Glasser, W. (1965). Reality Therapy. A new approach to Psychiatry. New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1969). Schools without failure. New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1984). Control Theory. New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1986). Control Theory in the classroom. New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1994). The Control Theory Manager. New York: HarperBusiness.

Herbert, M. (1992). Psicología en el Trabajo Social. Madrid: Pirámide. (Original en Inglés 1987).

Mickel, E. (1996). Self-Evaluation for Quality: Method and Model. Journal of Reality Therapy, 15 (1), 71-77.

Miranda, J. (1993). Introducción a la "Reality Therapy" y Teoría de Control. Clínica y Salud, 4 (3), 229-232.

Powers, W. T. (1973). Behavior: The control of perception. New York: Aldinede Gruyter.

LAS INSTITUCIONES JURÍDICAS DE PROTECCIÓN DE MENORES.

Nieves Padilla de la Vega

Psicóloga funcionaria de la Administración de la Junta de Andalucía. Trabajadora Social funcionaria en excedencia en la misma Administración.

RESUMEN

El presente artículo nace del interés de reunir de forma práctica la legislación actual en materia de protección de menores, su marco jurídico de origen, así como su lugar en el espacio normativo internacional.

Se presenta a continuación una primera parte con una breve recopilación comentada de la regulación básica actual, para, en una segunda parte, desarrollar con más detenimiento una ley, la Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que ha venido a actualizar el ordenamiento español en la materia. La tercera parte presenta de forma breve la exigencia jurídica más reciente en nuestra comunidad autónoma, la Ley 1/1.998 de 20 de Abril, de los derechos y la atención del menor, cuyo comentario más detallado será materia de un nuevo trabajo.

LAS INSTITUCIONES JURÍDICAS DE PROTECCIÓN DE MENORES

Una vez iniciada la andadura constitucional, en la década de los 80 se fueron precisando las competencias de las distintas instituciones en el marco de la Constitución Española, obligando a renovar nuestra legislación de protección de menores, que hasta ese momento se encontraba circunscrita, básicamente, a los Tribunales Tutelares de Menores.

En estos momentos se hace necesario un nuevo enfoque en el trato a la infancia provocado no sólo por factores socio-políticos sino demográficos y de creciente modificación de pautas y valores culturales, que van a cambiar la consideración tradicional del menor, fomentando la atención integral así como su "especial interés". Existe pues una toma de conciencia tanto nacional como internacional del niño como persona, y por tanto, sujeto de derechos.

Toda esta evolución y cambio ha venido a traducirse en un marco normativo en donde las transformaciones operadas en el conjunto de las instituciones sociales han venido a otorgar un protagonismo de los poderes públicos en relación con la infancia, que ha pasado a formar parte de las responsabilidades públicas.

Por otro lado los cambios efectuados no se producen de forma aislada sino que han de ser consensuados en el ámbito de una normativa internacional que irán ratificando los diferentes Estados.

En la actuación de los servicios sociales, no es de extrañar que en muchos de sus abordajes no encontremos con la necesidad de contar con una actualización en lo que respecta a las instituciones jurídicas que vienen a sustentar el marco de derechos de sus intervenciones. En la atención al menor, es básico conocer el cambio existente en la configuración jurídica y sentido protector respecto a los mismos. Se establece una dimensión, hasta ahora inexistente, al contemplarse, como decimos, el interés del menor por encima de cualquier otro interés legítimo, marcando el inicio de posteriores regulaciones en esta línea.

A continuación se presenta de forma resumida la normativa actual básica en el tema así como un desarrollo más detallado de la Ley Orgánica 1/1.996 de 15 de Enero de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, así como una breve presentación de la Ley 1/1.998 de los derechos y la atención del menor de 20 de abril.

I.- MARCO NORMATIVO DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA.

1.1.- MARCO LEGAL INTERNACIONAL

1.1.1. - Declaración de los Derechos del Niño.

La declaración de los Derechos del Niño fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1.959. Tiene su antecedente en la llamada Declaración de Ginebra de 1.924 vinculada a los primeros movimientos en la defensa de los derechos del niño, postulando que serán el Estado y la Sociedad los responsables de asegurar el presente y el futuro de los menores.

Los principios que la Declaración de los Derechos del Niño reconoce son los siguientes:

1) Derecho a la igualdad sin distinción de raza, credo o nacionalidad.

2) Derecho a una Protección especial, oportunidades y servicios para su desarrollo físico, mental y social en condiciones de libertad y dignidad.

3) Derecho a un nombre y una nacionalidad.

4) Derecho a la salud, alimentación, vivienda y recreo.

5) Derecho a una educación y cuidados especiales para los niños y niñas física, social o mentalmente disminuidos.

6) Derecho a crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y en todo caso, en un ambiente de afecto y seguridad moral y material. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente de los niños sin familia o sin medios de subsistencia.

7) Derecho a recibir educación y disfrutar del juego.

8) Derecho a estar en todas las circunstancias entre los primero que reciben protección y auxilio.

9) Derecho a ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No se permitirá el trabajo antes de una edad determinada.

10) Derecho a formarse en un espíritu de solidaridad, comprensión, amistad y justicia entre los pueblos.

1.1.2. - Convención de los Derechos de la Infancia.

El 20 de Noviembre de 1.989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención de los Derechos del Niño que viene a retomar los principios de la Declaración de 1.959, para dar una mayor respuesta, estableciendo un instrumento internacional de compromiso obligatorio para todos los Estados que vengan a ratificar los derechos y deberes enunciados.

Los principios son:

1) Satisfacer las necesidades básicas de la infancia, proporcionando al niño atención sanitaria, educación y

formación seguridad social, oportunidades de juego y recreo,...

2) Proteger al niño contra toda forma de crueldad y explotación: maltrato, abandono, tortura, pena de muerte, consumo y tráfico de drogas, explotación laboral y sexual, etc.

3) Ayudar a la familia, respetando sus responsabilidades y sus derechos y deberes y creando servicios de atención a la infancia, para que atiendan convenientemente las necesidades de sus hijos.

4) Dedicar una atención especial a los niños particularmente vulnerables, tales como niños impedidos, refugiados, los pertenecientes a minorías étnicas e indígenas, niños víctimas de malos tratos, abandonos conflictos armados, niños sin familia,...

5) Permitir al niño expresar su opinión en los asuntos que le conciernen, profesar su religión, buscar y difundir informaciones y asociarse, todo ello en función de su edad y madures.

La Convención de los Derechos de la Infancia supuso un paso crucial a la toma de conciencia de la necesidad urgente de articular medidas que generaran de una forma general y específica, soluciones al problema en lo que se refiere a la atención de la infancia, desde una perspectiva internacional.

1.1.3. - Carta Europea de los Derechos del Niño.

La Carta Europea de los Derechos del Niño Aprobada por el Parlamento Europeo en Resolución A-3-0172/92, ratifica a anteriores convenios internacionales existentes e insiste en una filosofía de atención al menor, basada en un mayor reconocimiento del papel que

éste desempeña en la sociedad y de un mayor protagonismo de cara a las intervenciones a favor de su interés por encima de cualesquiera otras consideraciones.

1.1.4. - Carta Social de los Derechos Fundamentales de los Trabajadores.

La Carta Social de los Derechos Fundamentales de los Trabajadores adoptada por todos los Estados miembros de entonces, salvo Reino Unido, no tiene una base jurídica y se limita a establecer principios fundamentales. Establece 12 principios fundamentales con el interés de dar cobertura a todo el abanico posible de trabajadores objeto de derechos, no olvidando que en la realidad uno de los problemas más importantes en lo que a la infancia se refiere es la explotación laboral y así define en su principio décimo la "Protección de los niños y los adolescentes en el ámbito laboral".

MARCO LEGAL INTERNACIONAL

NORMATIVA	ORGANISMO	AÑO
DECLARACIÓN DERECHOS DEL NIÑO	NACIONES UNIDAS	1.959
CONVENCIÓN DERECHOS DE LA INFANCIA	NACIONES UNIDAS	1.989
CARTA SOCIAL DERECHOS DE LOS TRABAJADORES	COMUNIDAD EUROPEA	1.989
CARTA EUROPEA DERECHOS DEL NIÑO	PARLAMENTO EUROPEO	1.992

1.2. - MARCO LEGAL NACIONAL.

1.2.1. - La Constitución Española.

La Constitución Española de 1.978, reconoce unos Derechos Fundamentales para todos los españoles, con independencia de su edad, no obstante destaca algunos artículos en donde se reconocen situaciones específicas relacionadas con la protección a la infancia como son:

1º) Artículo 20: Reconoce principios de libertad dejando expresamente limitados el respeto a los derechos al honor, intimidad, propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia.

2º) Artículo 27: Reconoce el derecho a la educación y la enseñanza básica obligatoria y gratuita.

3º) Artículo 39: Reconoce principios de protección social, económica y jurídica de la familia, protección integral de los hijos, y al amparo de los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

1.2.2. - Ley 8/1.980 de 10 de Marzo. Estatuto de los Trabajadores.

El Estatuto de los Trabajadores establece una regulación de la protección respecto a la explotación en el trabajo, prohibiendo el trabajo a menores de 16 años, así como aquellos desarrollados en actividades nocivas o peligrosas.

1.2.3. - Ley 21/1.987 de 11 de Noviembre por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil.

La Ley 21/87 por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil, representa un cambio importante en la configuración jurídica y sentido protector respecto a los menores de

edad. Con esta ley se intenta cerrar la cadena de reformas en el llamado "Derecho de Familia" ya iniciadas en 1.981 y 1.983 en el régimen personal y patrimonial del matrimonio.

En este marco legal viene a contemplar no sólo una nueva regulación de la adopción como medida de protección del menor, sino también la incorporación al texto jurídico de la figura del acogimiento familiar en el mismo sentido.

La Ley, a modo de comentario, da instrucciones sobre la tutela y guarda en el caso de los menores desamparados. Teniendo en cuenta que la situación de desamparo va a dar origen a la tutela automática por parte de la Entidad Pública, otorga al Ministerio Fiscal la posición de superior vigilante de los derechos del niño, y al Juez, la posición de dirimir los conflictos que surjan en la tutela de los derechos fundamentales.

Estos aspectos fundamentales podríamos resumirlos de la siguiente forma:

- JUEZ:.....Juzga y ejecuta lo juzgado.
- FISCAL:.....Promueve la acción de la Justicia en defensa de los derechos y el interés del tutelado
- ADMINISTRACIÓN:.....Aplica la norma de protección y es responsable de la dotación de recursos sociales para atender a la actuación asistencial.

1.2.4. - Ley Orgánica 1/1.996 de 15 de Enero de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Incluida en esta parte como referencia fundamental del marco jurídico en la atención del menor en el ámbito del Estado, no obstante se desarrollará en la segunda parte del presente artículo.

1.2.5. - Otras normativas relacionadas.

a) Ley Orgánica 3/1.989 de 21 de Junio de Reforma Parcial del Código Penal:

Con esta reforma del Código Penal se tipifican como faltas o delitos un amplio conjunto de conductas atentatorias contra la integridad, salud, dignidad y desarrollo de los menores. Así se van a modificar:

- Abandono de niños, artículos 487-488.
- Parricidio, artículo 405.
- Infanticidio, artículo 410.
- Malos Tratos, artículo 425.
- Violación, artículo 429.
- Agresión sexual, artículos 430 y 436.
- Exhibicionismo, pornografía, artículos 431 y432.
- Estupro, rapto, incesto, artículos 434,435,440.
- Prostitución y corrupción de menores, artículo 452.
- Penas aprobadas cuando existe abuso de autoridad, artículos 445,425b.

b) Ley Orgánica 8/1.985 de 4 de Julio reguladora del Derecho a la Educación.

c) Ley 1/1.990 de 3 de Octubre de Ordenación General del Sistema Educativo.

Establece que las Administraciones públicas asumirán subsidiariamente el cuidado y atención de los niños, cuando sus familias se encuentren en situaciones que les impidan ejercer sus responsabilidades, concretamente en su artículo 65.4.

d) Ley Orgánica 4/1.992 de 5 de Junio sobre Reforma de la Ley Reguladora de la competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores.

Se trata con esta Ley de establecer el procedimiento a través del cual los Juzgados de Menores pueden dictar medidas aplicables a los niños mayores de 12 años y menores de 16 años que hayan realizado

hechos que pudieran ser tipificados como delitos penales.

Es una ley con un importante carácter pedagógico-educativo, contemplando el asesoramiento del equipo técnico psicosocioeducativo y asistencia de letrado al menor.

MARCO LEGAL NACIONAL

NORMATIVA	FECHA
1) Decreto Ley Texto Refundido de la Legislación de Tribunales Tutelares de Menores	1.948
1) Constitución Española	29 de diciembre de 1.978
- Ley 8/80 Estatuto de los Trabajadores	10 de marzo de 1.980
- Ley Orgánica 8/85 Reguladora del Derecho a la Educación (LODE)	3 de julio de 1.985
a) Ley 30/87 Modificación de la Regulación del Matrimonio en el Código Civil	1.987
a) Ley 21/87 Modificación del Código Civil y de Ley Enjuiciamiento Civil	11 de noviembre de 1.987
a) Ley Orgánica 3/89 Modificación Parcial del Código Penal	21 de junio de 1.989
• Ley Orgánica 1/90 de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)	3 de octubre de 1.990
• Ley 4/92 Reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y el Procedimiento en los Juzgados de Menores	5 de junio de 1.992
• Ley 1/96 de Protección Jurídica del Menor. Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.	15 de enero de 1.996
• Dictamen del Comité Económico y Social sobre el "Libro Verde sobre la Protección de Menores y de la Dignidad Humana en los Nuevos Servicios Audiovisuales y de Información" (11964-DOCE 287)	22 de septiembre de 1.997

1.3. - MARCO LEGAL COMUNIDAD AUTONÓMA ANDALUZA.

La Comunidad Autonómica Andaluza, tiene la competencia exclusiva en materia de protección de menores, residentes en su territorio. La Administración ha de instrumentar los mecanismos para la Constitución y aplicación de su acción protectora y para ello ha regulado su propio marco normativo.

1.3.1. - Estatuto Autonómico de Andalucía.

El Estatuto Autonómico de Andalucía aprobado por Ley Orgánica 6/1.981 de 30 de Diciembre, reconocerá en su artículo 13, apartado 23 que serán competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma Andaluza las Instituciones Públicas de protección y tutela de menores, respetando la legislación civil, penal y penitenciaria.

1.3.2.- Ley 1/1.998 de 20 de abril de los derechos y la atención del menor.

Se presentará en la tercera parte.

1.3.3. - Ley 2/1.988 de 4 de Abril de Servicios Sociales de Andalucía.

La Ley de Servicios Sociales de Andalucía se crea para dar respuesta al mandato Constitucional y al Estatuto de Autonomía de Andalucía, que compromete a los poderes públicos a promover cuantas condiciones sean precisas para que la libertad e igualdad del individuo y de los grupos sociales, sean reales y efectivos.

En su artículo 11 señala a los Servicios Sociales Especializados como aquellos que se dirigen hacia determinados sectores de la población que, por sus condiciones o circunstancias, necesitan de una atención específica y se estructurarán territorialmente de acuerdo con las características y necesidades de cada uno de ellos.

El artículo 11, apartado 1°, señala que estos servicios atenderán a la familia, infancia, adolescencia y juventud, con la finalidad de llevar a cabo actuaciones encaminadas particularmente a la promoción social de los jóvenes y niños atendiendo a la problemática que incide en su bienestar y especialmente las disfunciones que se producen en su medio familiar, compensándolas o corrigiéndolas.

1.3.4. - Decreto 181/1.988 de 13 de Septiembre por el que se establecen las medidas para la aplicación en Andalucía de la Ley 21/87.

Este decreto viene a determinar que será la Junta de Andalucía la Entidad competente para el ejercicio de las funciones de protección y tutela de menores previstos en esta Ley, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

MARCO LEGAL AUTONÓMICO

NORMATIVA	FECHA
• Estatuto de Autonomía de Andalucía.	30 de diciembre de 1.981
• Ley 2/88 de Servicios Sociales en Andalucía.	4 de abril de 1.988
• Decreto 181/1988. Aplicación en Andalucía de la Ley 21/87	13 de septiembre de 1.988
• Decreto 287/1990 por el que se crea la Dirección General de Atención al Niño.	11 de septiembre de 1.990
• Decreto 396/1996 por el que se establecen las funciones De la Dirección General de Atención al Niño. Ordenación, gestión y coordinación de los recursos Destinados a la atención al niño, tanto propios como	2 de agosto de 1.996
• Ley 1/98 de los Derechos y la Atención del Menor.	20 de Abril de 1.998

Hasta aquí hemos visto el marco normativo que a nivel internacional, nacional y autonómico viene a delimitar la actuación en la atención al menor, no obstante por la importancia y lo reciente de la publicación de la ley 1/96 de Protección Jurídica de Menor, de modificación

parcial del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil y la Ley 1/98 de los derechos y la atención del menor, se desarrollan a continuación la segunda y tercera parte dedicadas a las mismas.

II.-LEY ORGÁNICA 1/1.996 DE PROTECCIÓN JURÍDICA DEL MENOR, DE MODIFICACIÓN PARCIAL DEL CÓDIGO CIVIL Y DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL. (15 Enero 1.996).

La presente Ley nace de la necesidad de dotar al menor de un adecuado marco jurídico de protección, así como al objeto de ser consecuente con el mandato constitucional, los diversos tratados internacionales ratificados por España y el acercamiento a la realidad de nuestra sociedad actual.

Se trata de trascender el contenido de los límites del Código Civil, para construir un amplio espectro jurídico de protección que vincule a todos los poderes públicos, a las instituciones específicamente relacionadas con los menores, a los padres y familiares y a los ciudadanos en general.

El ordenamiento jurídico y esta ley en concreto, van reflejando progresivamente una concepción de las personas menores de edad, como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social; de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás.

Algunos aspectos básicos de esta ley son:

1°) APLICACIÒN: Será de aplicación a todos los menores de 18 años, que se encuentren en territorio español, potenciando su autonomía personal, social y jurídica.

2°) PRINCIPIO: Primacía del interés superior de los menores sobre cualquier otro interés legítimo.

3°) MODIFICACIÓN: Reforma de las instituciones de Protección del Código Civil, depurando desajustes de anteriores reformas.

Es importante señalar con respecto a regulaciones anteriores, las siguientes peculiaridades:

1°) El Juez podrá adoptar medidas definitivas y no cautelares como era hasta este momento, para asegurar la prestación de alimentos y las futuras necesidades del hijo si los padres incumplen este deber.

2°) Permite intervenir con carácter general a fin de apartar al menor de un peligro o de evitarle perjuicios, siempre que éste se derive de un deficiente ejercicio de las obligaciones de la patria potestad.

2.2. -DERECHOS DEL MENOR.

2.2.1. –Derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen. (art.4)

Inicialmente previstos en el artículo 18 de la Constitución, debe completarse con esta ley respecto a la inviolabilidad del domicilio familiar, la correspondencia o el secreto de las comunicaciones, exigiendo la no-vulnerabilidad de los mismos aunque se ostente la representación legal de los menores o su consentimiento, salvo con autorización obtenida del Juez competente.

El Fiscal y, en su caso, el Juez, podrán valorar el interés del menor y su madurez y tendrán otro marco de referencia como el Código Civil que señala la presunción de madurez de los 16 años para la emancipación (art.319, Código Civil), la capacidad para testar a partir de los 14 años (art. 663, Código Civil), consentimiento del menor para ser adoptado para el mayor de 12 años (art.117 Código Civil), etc.

Por otra parte la presente ley establece que los padres o tutores y

los poderes públicos respetarán estos derechos y los protegerán frente a posibles ataques de terceros.

2.2.2. - Derecho a la Información.

Teniendo como partida el artículo número 20 de la Constitución, el artículo 5 regula el derecho de los menores a la información, a buscarla, recibirla y utilizarla, siendo ésta adecuada a su desarrollo.

Los padres o tutores y los poderes públicos velarán para que este derecho sea ampliado respetando el interés del menor, incentivando las administraciones públicas la producción y difusión de materiales informativos adecuados, facilitando su acceso a los servicios de información, documentación biblioteca y demás servicios culturales.

Así mismo atribuye al Ministerio Fiscal y a las Administraciones Públicas competentes en materia de protección de menores el ejercicio de cese y rectificación de la publicidad ilícita y en particular para que los medios de comunicación en sus mensajes dirigidos a menores fomenten valores solidarios y de igualdad evitando el trato violento, degradante o sexista.

2.1.3. - Libertad ideológica.

El artículo 6 de esta ley regula el derecho del menor a la libertad ideológica, conciencia y religión.

Establece que los padres o tutores cooperarán para que el menor ejerza esta libertad de modo que contribuya a su desarrollo integral.

Cuando hablamos de este derecho no debemos olvidar que en función de la edad del niño, estaremos a lo señalado con respecto a la madurez del menor.

2.1.4. –Derecho de participación, asociación y reunión.

Este artículo trata de establecer la participación plena del menor en

la vida social, cultural, artística y recreativa de su entorno, promoviendo su incorporación progresiva a la ciudadanía activa. Pauta sobre el asociacionismo infantil y juvenil y regula la intervención del Ministerio Fiscal para promover medidas jurídicas de protección cuando la pertenencia de un menor o de sus padres a una asociación, impida o perjudique al desarrollo integral del menor.

2.1.5. - Derecho a la libertad de expresión.

Con relación al artículo 4 de esta ley el artículo 8 define este derecho estableciendo el límite en la protección de la intimidad y la imagen del propio menor.

El ejercicio de este derecho estará sujeto a las restricciones que prevea la ley para garantizar el respeto de los demás o la protección de la seguridad, la salud, la moral o el orden público.

2.1.6. - Derecho a ser oído.

El menor necesita ser oído en numerosas situaciones en las que se ve inmerso su propio interés, quedando regulado como derecho en el artículo 9 de la ley; así tendrá derecho a ser oído tanto en el ámbito familiar como en cualquier procedimiento administrativo o judicial en que esté directamente implicado y que conduzca a una situación que afecte a su esfera personal, familiar o social.

Este derecho podrá ser ejercido por sí mismo o persona delegada y teniendo en cuenta que la comparecencia en procedimientos judiciales no dañe la personalidad del menor, estando obligada a comunicar al Ministerio Fiscal la denegación de audiencia.

2.2. - MEDIDAS RECTORAS DE LA ACCIÓN ADMINISTRATIVA.

El capítulo III de la ley trata sobre las medidas para facilitar el ejercicio de los derechos. El artículo 10 señalará que las administraciones públicas deben prestar a los menores, la asistencia adecuada para poder ejercer efectivamente los mismos.

El menor podrá, para defender y garantizar sus derechos, acudir a distintas instancias como la Entidad Pública, el Ministerio Fiscal o el Defensor del Pueblo.

El articulado reconoce los mecanismos señalados a todos los menores españoles o extranjeros que se encuentren en España, aún cuando no residan de forma legal.

2.3. PRINCIPIOS RECTORES DE LA ACCIÓN ADMINISTRATIVA.

A través de este articulado, la ley prevé que se facilite desde la Administración Pública la asistencia adecuada, promoviendo políticas integrales para su desarrollo, políticas compensatorias encaminadas a corregir desigualdades sociales, no pudiendo quedar afectado el menor por falta de recursos sociales o limitación de acceso a los mismos.

El artículo 11 señala como principios rectores básicos:

1°) Supremacía del interés del menor.

2°) Mantenimiento del menor en el medio familiar de origen salvo que no sea conveniente para su interés.

3°) Integración familiar y social.

4°) Impedir situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal.

5º) Sensibilizar a la población sobre la indefensión del menor.

6º) Promover la participación y la solidaridad social.

7º) Garantizar un carácter colegiado e interdisciplinar en la adopción de medidas.

Estos principios se habrán de tener en cuenta en las actuaciones a seguir con respecto al menor, quedando demarcadas, con mayor exigencia, la jerarquía de las mismas respecto a legislaciones anteriores.

2.4. - ACTUACIONES DE PROTECCIÓN.

Ante situaciones de desprotección la presente ley señala la obligación de todo ciudadano de comunicarlo a la autoridad competente así mismo señala distintas actuaciones para la protección del menor:

1º) Prevención y reparación de situaciones de riesgo.

2º) La Tutela por ministerio de la ley (Desamparo-Guarda)

3º) Acogimiento del menor.

4º) Adopción del menor.

2.4.1. - Prevención y reparación de situaciones de riesgo.

Las situaciones de riesgo se habrán de entender como aquellas, de cualquier índole, que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor y que no requieran la asunción de la tutela por ministerio de la ley.

El artículo 17 de esta ley, a diferencia de otros, no tiene su correlato en el Código Civil, exigiendo a la autoridad pública a garantizar la puesta en marcha de las actuaciones pertinentes para reducir el riesgo y el seguimiento de la evolución del menor en la familia.

La falta de presencia de la situación de riesgo, en el articulado del Código Civil, provoca una falta de regulación de sus efectos jurídicos tanto para el menor como para los padres, tutores o la misma Entidad Pública, aunque por otra parte el menor tendría un cauce a través de la protección asumida por el Ministerio Fiscal, velando los intereses del menor.

2.4.2. La Tutela.

La tutela surge como consecuencia de una declaración de *Desamparo* que se va a desarrollar a través de la institución de la *Guarda.*

1°) Actuación en situación de *Desamparo.*

El artículo 18 establece que cuando la Entidad Pública competente considera que el menor se encuentra en situación de desamparo actuará en la forma prevista por el artículo 172 y siguientes del Código Civil, asumiendo la tutela y notificándolo al Ministerio Fiscal.

En este sentido la ley realiza una nueva redacción del artículo 172 del Código Civil aportando aspectos como:

- Constatación de la situación de desamparo del menor, lo que obliga a un conocimiento argumentado.
- La Entidad Pública adoptará las medidas necesarias para su guarda.
- La Entidad Pública tendrá la tutela por ministerio de la ley.
- Pondrá en conocimiento del Ministerio Fiscal su decisión.
- Notificará en 48 horas la situación a padres, tutores y guardadores.

Estos aspectos permiten unas mayores garantías respecto a la decisión de la Administración.
La definición de *Desamparo* no se modifica con esta ley:

" Se considera situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deb3res de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material ".

Es importante señalar que la asunción de la tutela atribuida a la Entidad Pública lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria, manteniendo válidos los actos de contenido patrimonial que realicen los padres o tutores en representación del menor y que sean beneficiosos para él, lo que viene a solucionar problemas suscitados con la regulación anterior.

2º) *Guarda* de menores.

El artículo 12 regula tres tipos de guarda:

- Guarda voluntaria.
- Guarda forzosa.
- Guarda judicial.

Los criterios para llevar a cabo la guarda, vendrán determinados por la primacía del interés del menor, sobre cualquier otro interés legítimo, buscando la reinserción en la propia familia y la unidad convivencial de los hermanos.

a) Guarda Voluntaria:

Se produce cuando existe una declaración de voluntad de los padres que no pueden cuidar al menor por circunstancias graves.

b) Guarda Forzosa:

Se produce a consecuencia de la tutela por ministerio de la ley como consecuencia de una declaración de desamparo.

c) Guarda Judicial:

Se produce cuando se atribuye la guarda a la Entidad Pública mediante una resolución judicial por aplicación de:

- Artículo 158,apartado 2-3 C.Civil.
- Artículo 103.1 del C.Civil al regular las medidas provisionales de separación, divorcio o nulidad del matrimonio.
- Situaciones reguladas en la Ley 4/92 de 5 de junio sobre reforma de la Ley reguladora de la competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores.

La guarda se llevará a cabo mediante el denominado acogimiento familiar (persona física designada por la Entidad Pública) o el acogimiento residencia (Director-a del Centro donde resida el menor). Este término "acogimiento" es una modalidad del ejercicio de la guarda ejercida por las personas que ha determinado la Entidad Pública (Art. 172.3 Código Civil) debiendo diferenciarla del "Acogimiento Familiar" regulado en los artículos 173 y 173 bis del Código Civil, que es una institución con naturaleza propia, debiendo tener en cuenta la diferencia para evitar la posible confusión que generaría la similar denominación para preceptos distintos.

2.4.3.El Acogimiento Familiar.

La ley, en su artículo 20, define el Acogimiento Familiar de acuerdo con su finalidad y con independencia del procedimiento en que se acuerde, revistiendo las modalidades establecidas en el Código Civil, quedando redactado el artículo 173 en la Disposición Final Sexta de la Ley 1/96.

- RESPONSABLES: El acogimiento será ejercido por la persona o personas que sustituyan al núcleo familiar del menor o por el responsable del hogar funcional, requiriendo el consentimiento de la Entidad Pública, pudiendo existir un acuerdo entre los padres del menor y la persona o

personas que van a recibir al mismo en acogimiento familiar.

- FORMALIZACIÓN: El acogimiento debe formalizarse por escrito y en éste deben figurar los consentimientos necesarios, la modalidad y duración prevista, derechos y deberes de las partes (visitas, cobertura de responsabilidades civiles, asunción de gastos), seguimiento, informes pertinentes entre otros. La cesación podrá realizarse por decisión judicial, de las personas que lo tienen acogido, a petición de los que ostente la patria potestad o por la Entidad Pública.

- MODALIDADES:

a) Acogimientos artículo 173.3 Código Civil: mientras se incorpora el menor a la familia acogedora o al hogar funcional.
No requiere consentimiento de los padres o tutores, pero sí el del menor.
El plazo para la propuesta de acogimiento es de 15 días desde concluido el expediente.

b) Acogimiento familiar simple: regulado por la ley 21/87, la Disposición Final séptima de la ley 1/96 introduce en el Código Civil un nuevo artículo, el art. 173 bis, donde definirá el acogimiento familiar simple como aquél de carácter transitorio, bien porque de la situación del menor se prevea la reinserción de éste en su propia familia, bien en tanto se adopte una medida de protección que revista un carácter más estable.
El articulado no recoge plazo para esta transitoriedad aunque se entenderá que la evolución del menor determinará su valoración.

c) Acogimiento familiar permanente: cuando la edad u otras circunstancias del menor y su familia así lo aconsejen y así lo informen los servicios de atención al menor, el artículo

173 bis establece el acogimiento familiar permanente, en tales casos la Entidad Pública podrá solicitar al Juez que se atribuya a los acogedores las facultades de tutela que faciliten el desempeño de sus responsabilidades.

d) Acogimiento familiar preadoptivo: se establece esta modalidad de acogimiento como institución previa a la adopción. Se ha de formalizar por la Entidad Pública de forma simultanea a la propuesta de adopción, cumpliéndose los requisitos de adopción o de forma previa a la propuesta cuando la Entidad Pública considere necesario establecer un periodo de adaptación a la familia, siendo éste lo más breve posible, no pudiendo exceder de un año.

2.2.4. - La Adopción.

La presente ley 1/96 viene a modificar los artículos 176 y 177 del Código Civil que vinieron redactados en la ley 21/87.

El artículo 175.1 del Código Civil, establecerá según la Disposición Final Novena, que el adoptante sea mayor de 25 años, debiendo el adoptante tener, por lo menos, catorce años más que el adoptado.

Esta ley va a hacer una mención especial a la regulación de la idoneidad del adoptante o adoptantes para el ejercicio de la patria potestad, ya que se ha de considerar un requisito previo basado en criterios técnicos establecidos por la Entidad Pública, que será determinado al proponer la adopción al juez o en el procedimiento, pudiendo ser impugnada por los afectados en un procedimiento de jurisdicción voluntaria que daría lugar a la suspensión de los autos de la adopción.

Así pues, según establece la Disposición Final Décima, para iniciar el expediente de adopción, es necesaria la propuesta previa de la Entidad Pública a favor del adoptante o adoptantes que dicha entidad Pública haya declarado idóneos para el ejercicio de la patria potestad.

Sin embargo la ley prevé distintas situaciones en las que no se requerirá propuesta como son:

- Ser huérfano y pariente del adoptante en tercer grado por consanguinidad o afinidad.
- Ser hijo del consorte del adoptante.
- Llevar más de un año acogido legalmente bajo la medida de un acogimiento preadoptivo o haber estado bajo su tutela por el mismo tiempo.
- Ser menor emancipado o mayor de edad.

La materialización de la adopción tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- Se habrá de consentir la adopción en presencia del Juez, el adoptante o adoptantes y el adoptado, siempre que éste sea mayor de doce años.
- Deberá asentir la adopción en la forma establecida en la Ley de Enjuiciamiento Civil, el cónyuge del adoptante (salvo que hubiera sentencia firme o separación de hecho, los padres del adoptado que no estuvieran privados de la patria potestad. Sin embargo no será necesario el asentimiento cuando los sujetos participantes se encuentren imposibilitados para ello, debiendo esta imposibilidad de estar apreciada motivadamente en la resolución judicial que constituya la adopción.
  Tras el parto, la madre prestará asentimiento cuando hayan transcurrido 30 días desde el mismo.

Además de la regulación del asentimiento, la Disposición Final Undécima regula quiénes deberán ser simplemente oídos por el juez, y serán:

- Los padres que no hayan sido privados de la patria potestad cuando su asentimiento no sea necesario para la adopción.
- El tutor y guardados o guardadores.
- El adoptado menor de doce años, si tuviere suficiente juicio.

- La Entidad Pública para apreciar la idoneidad del adoptante.

2.4.5. La Adopción Internacional.

El artículo 25 de la ley, va a establecer aspectos básicos en lo que a la regulación de la adopción internacional se refiere, superando el articulado de la ley 21/87 y con el marco del artículo 9.5 del Código Civil y el artículo 4 del Convenio de Protección del Niño y la Cooperación en materia de Adopción Internacional de la Haya, 29 de Mayo de 1.993, ratificado por España mediante Instrumento de 30 de Junio de 1.995.

En este Convenio se establecen las condiciones de las adopciones internacionales siempre que el Estado de origen:

- Haya establecido que el niño es adoptable.
- Que la adopción fuera del Estado de origen del niño, responde al interés superior del menor.
- Que los consentimientos se han obtenido libremente sin haber mediado pago o compensación alguna.

En la formalización de la adopción internacional, corresponde a la Entidad Pública:

- Recepción y tramitación de las solicitudes, directamente o por entidades acreditadas.
- Expedición de certificados de idoneidad y de seguimiento en su caso.
- Supervisión de las entidades de mediación, concretándose en Acreditación, Control e Inspección.

La existencia o no de convenio entre Estados, determinará la tramitación, siendo ésta si existiera la del país del adoptando y si no existiera en aquél, entonces se recurrirá a la del país del adoptante.

Vemos por otra parte como la ley 1/96, ha venido a regular las funciones de las denominadas entidades de mediación, que serán

acreditadas en Registro que se crea al efecto, con el fin primero y último de la protección de menores, debiendo disponer de los equipos materiales y humanos necesarios para el desarrollo de las funciones encomendadas siendo entre ellas:

- Información y asesoramiento a los interesados en materia de adopción internacional.
- Intervención en la tramitación de expedientes ante las autoridades competentes española y extranjeras.
- Asesoramiento y apoyo a los solicitantes de adopción en los trámites que deben realizar en España y en el extranjero.

Por otra parte de cara a lo que a tramitación de la adopción internacional se refiere, debemos recurrir a los artículos 9.4 y 9.5 del Código Civil que establece:

- La filiación y las relaciones paterno filiales vendrán determinadas por la ley nacional del hijo, pero si no pudiera determinarse, se atenderá a la residencia habitual del hijo.
- La ley española que para la adopción se establezca por la autoridad judicial en España, tendrá primaría sobre el resto, salvo si el adoptando reside habitualmente fuera de España o aunque resida, no adquiere en virtud de la adopción la nacionalidad española.
- La Entidad Pública tendrá atribuida la propuesta previa a la tramitación y la declaración de idoneidad, salvo que el adoptante no tuviera residencia en España en los dos últimos años, que necesitará de informes suficientes para valorar su idoneidad en el lugar de residencia.
  (Con la ley 21/87, para eludir la propuesta previa, el adoptante nunca podría haber tenido su residencia en España, lo que queda modificado con la ley 1/96).
- Cuando el adoptante es español y el menor adoptando esté domiciliado en su demarcación judicial, las competencias serán atribuidas al Cónsul español.
- Para que la adopción constituida en el extranjero sea reconocida en España, los efectos de la misma se deben

corresponder con los previstos en la legislación española, el expediente se deberá haber tramitado por la Entidad Pública competente que recibirá y tramitará en España la solicitud, siempre que exista la declaración de idoneidad.

Con esta ley se avanza en la legislación que sobre el menor existe en España, adecuando sus preceptos a la normativa internacional, incorporando modificaciones al Código Civil para mejorar nuestro Derecho Positivo y resaltar la primacía del interés del menor sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.

III.- LEY 171.998 DE LOS DERECHOS Y LA ATENCIÓN DEL MENOR (20 De Abril 1.998).

Como señalábamos en los apartados precedentes, el Estatuto de Autonomía otorga a nuestra Comunidad Autónoma (art.13, apartados 22 y 23), la competencia exclusiva en materia de servicios sociales e instituciones públicas de protección y tutela de menores respetando la legislación civil, penal y penitenciaria.

El desarrollo de las normativas en vigor ha ido exigiendo un marco legal de carácter general para el ámbito autonómico, que aglutine de forma precisa la unificación de criterios para la ejecución de procedimientos necesarios, y es por ello que se aprueba la Ley 1/98 de los derechos y la atención al menor. A continuación se presenta la estructuración epigráfica de la misma:

TITULO I: De los derechos de los menores.

Cap. I: Disposiciones generales.

Cap. II De la promoción de los derechos de los menores.

TITULO II: De la protección.

Cap. I: Disposiciones generales.
Cap. II: De las medidas preventivas.
Cap. III: Del desamparo, tutela y guarda.
Cap. IV: Del acogimiento familiar, la adopción y el acogimiento residencial en centro de protección.
Cap. V: De los menores en conflicto social.

TITULO III: De la ejecución de las medidas adoptadas por los Jueces de Menores.

Cap. I: Disposiciones generales.
Cap. II: De la ejecución de las medidas alternativas al internamiento.
Cap. III: Del ingreso o internamiento en los centros de menores.
Cap. IV: Del seguimiento, modificación y cese de las medidas.

TITULO V: De las Infracciones y Sanciones.

Cap. I: Infracciones.
Cap. II: Sanciones.
Cap. III: Procedimiento sancionador.

Disposiciones Adicionales (Nueve)
Disposición Derogatoria (Una)
Disposiciones Finales (Dos)

Se inicia con un Título I en donde se concretan sus principios inspiradores y las actuaciones objetivo desde esta Comunidad Autónoma, para en un Título II concretar, en lo que respecta a protección, criterios y ámbitos competenciales de los diferentes actores.

En su Título III aborda todo lo concerniente a la ejecución de medidas adoptadas por los Jueces de Menores precisando criterios de ejecución y aplicación de recursos a poner en práctica al efecto, tanto ingresos como medidas alternativas al internamiento.

El Título IV regulará todo lo concerniente a la tipificación de infracciones y sus correspondientes sanciones sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden en que se pueda incurrir.

Por último señalar como aspectos de importancia algunos de los regulados en las Disposiciones Adicionales como son:

1) Establecimiento de la figura del Defensor del Menor en Andalucía. (Disp. Ad. 1ª)
2) Colaboración en materia de menores de la Unidad del Cuerpo Nacional de policía adscrita a la Comunidad Autónoma de Andalucía (Disp. Ad. 2ª)
3) Plan Integral de Infancia que se creará en el plazo máximo de un año desde la promulgación de la presente ley. (Disp. Ad. 3ª)
4) Creación del Consejo Regional y los Consejos Provinciales de la Infancia (Disp. Ad. 5ª)
5) Creación del Observatorio del la Infancia en Andalucía. (Disp. Ad. 6ª)

Legislación consultada

Declaración de los Derechos del Niño. A.S. 1.985.
Recomendación Consejo de Europa concerniente a la Protección de Menores contra los Malos Tratos. R- 17, 1.979.
Convención Derechos de la Infancia, 1.979.
Carta Europea de los Derechos del Niño, A-3-0172/92.
Carta Social de los Derechos de los Trabajadores, 1.989.
Constitución Española de 1.978.
Código Civil.
Decreto-ley del Texto Refundido de la Legislación de los Tribunales Tutelares de Menores, 1.948.
Ley de Enjuiciamiento Civil.
Ley 8/1.980, Estatuto de los Trabajadores.
Ley 8/1.985 Reguladora del Derecho a la Educación.
Ley 21/1987 de Modificación del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de Adopción.
Ley 3/1.989 de modificación parcial del Código Penal.
Ratificación España de la Convención Derechos del Niño, (BOE 31/12/90).
Ley 1/ 1.990 de Ordenación General del Sistema Educativo.
Ley 4/1.992 de Reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores.
Ley 1/1.996 de Protección Jurídica del Menor y de modificación parcial del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil.
Ley 6/ 1.981 Estatuto Autonomía Andalucía.
Ley 2/1.988 de Servicios Sociales de Andalucía.
Decreto 181/1.988 de aplicación en Andalucía de la ley 21/1.987.
Ley 1/1.998 de 20 de abril de los derechos y la atención a los menores.

EL TRABAJO SOCIAL CON ENFERMOS TERMINALES

Cándida Acero Sáez
Trabajadora Social

Resumen

Dentro del Trabajo Social en el Área de Salud y concretamente en el Trabajo Social Hospitalario, el Trabajador Social como miembro del equipo se enfreta cada vez más a situaciones derivadas de intervenciones con Enfermos Terminales.

Esta intervención, según expone la autora se organiza en cuatro puntos:

- ***Exploración de sentimientos.***
- ***Planificación de la vida durante el proceso terminal.***
- ***Planificación de la muerte.***
- ***El Duelo.***

Este artículo pretende analizar estos puntos de intervención ofreciendo orientaciones prácticas al Trabajador Social.

Introducción.

En España, como en otros países, el tema de la muerte ha sido tabú hasta no hace muchos años, sin embargo, durante las últimas décadas se han impartido numerosos cursos, conferencias y seminarios, se han publicado diversos libros y artículos, y se han creado distintos servicios para la atención del enfermo terminal (Unidades de Cuidados Paliativos). En definitiva, se ha ampliado la información en torno al proceso de morir, el significado que tiene para las personas implicadas y cómo se les puede proporcionar una buena asistencia que cubra sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que potencien la dignidad de la persona mientras dure su vida.[1]

El trabajador social se encuentra frecuentemente con la experiencia de la muerte aunque no suele estar presente cuando ocurre ya que, en esos momentos, el enfermo se encuentra en manos de médicos, enfermeros, personal auxiliar, o con familiares o amigos. No obstante, hay muchas cosas que puede hacer para ayudar al enfermo terminal y a sus familias y, aunque algunas no son exclusivas del trabajador social, si suele encontrarse en una posición ventajosa para poder hacerlas.

El enfermo terminal tiene necesidades y presenta ciertos problemas que hay que tratar de solucionar o, por lo menos, aminorar. Se le debe ofrecer ayuda antes de que la solicite y debemos ser conscientes de que la buena intención, el respeto, el consuelo, etc. no son suficientes ya que una intervención cognoscitiva es tan necesaria como una afectiva. Debe tenerse claro el tipo de ayuda que se va a proporcionar, conocer la naturaleza del problema y sobre todo que hacer al respecto, conocer las actitudes de la gente hacia la muerte y ante la pérdida de un ser querido, saber lo que es "normal" y lo que es "anormal" para poder ayudarles a reaccionar adecuadamente, tener en cuenta los intereses espirituales, el intercambio de significados, el reconocimiento de mensajes indirectos y la interpretación mutua de acciones.

Aunque la familia es una fuente importante de apoyo social, la forma de vida actual hace que un gran número de personas mueran en

instituciones. En 1975, Strauss y Glazer[2] estimaron que en Estados Unidos poco menos de un tercio de los fallecimientos ocurrían en hospitales. La mayoría de estos enfermos estaban en fase terminal, y recibían cuidados especiales durante días o semanas, período que solía oscilar alrededor de los tres meses.

En el trabajo social con enfermos terminales y sus familias se suelen distinguir los siguientes puntos de intervención:

a) Exploración de sentimientos
b) Planificación de la vida durante el proceso terminal
c) Planificación de la muerte
d) El duelo

a) Exploración de sentimientos.

Antes de iniciar una entrevista con la finalidad de explorar los sentimientos de un enfermo terminal es necesario que el trabajador social, además de tener unos conocimientos y habilidades, comprenda la sensibilidad del enfermo. La clave de esta exploración de sentimientos está en el grado de disposición del trabajador social para comprender si el enfermo quiere expresar, más que negar, la realidad y permitir pero no contribuir a la negación de la realidad si el enfermo lo quiere así. El paciente es el mejor guía del cómo proceder.

En el ejercicio de su profesión, el trabajador social se encuentra a menudo con sentimientos de culpabilidad, temor, miedo, ansiedad, depresión, etc. Lo que les hace especiales aquí es su origen, la proximidad de la muerte. Los trabajadores sociales no son inmunes a ese sentimiento de temor general que gira en torno a cualquier debate sobre el tema. Este malestar no sólo deriva de experiencias personales previas, sino de la ansiedad que produce pensar en la suya propia. Para poder ofrecer ayuda al enfermo terminal, el profesional debe ser consciente de su propia mortalidad y además de aceptarla, debe preocuparse y ser consciente de las reacciones del enfermo cuando habla con él de ello. Puede ocurrir que esto le deprima, que le despierte

fuertes reacciones emocionales que hagan difíciles los últimos días o semanas, no sólo para él sino también para su familia y para los miembros del equipo que le atienden. Puede ocurrir, pero no es probable.

Feifel[3] ha investigado el tema y señala que los enfermos terminales agradecen con frecuencia las oportunidades que se les ofrecen para hablar abiertamente de su enfermedad. Igualmente Kubler-Ross (1970) dice que de más de 200 enfermos terminales entrevistados, pertenecientes al University of Chicago Billings Hospital, casi la mayoría manifestaron que agradecían la posibilidad de hablar con alguien que estuviese dispuesto a hacerlo. La mayor parte, dice "nos tanteó primero, de una manera u otra, para asegurarse de que estábamos realmente dispuestos a hablar de los últimos momentos o de los cuidados finales"[4]. Casi todos los enfermos, profundamente preocupados con miedos reales e irreales, se tranquilizaron cuando advirtieron que no tenían que seguir manteniendo una conversación superficial.

Las experiencias con grupos de enfermos terminales revelan en estos pacientes un deseo obvio y muy buena disposición para expresar sus necesidades y hablar abiertamente de su inminente muerte. Es evidente que si se les ofrece esta oportunidad, el enfermo terminal no sólo quiere sino que desea hablar de su situación y expresar sus sentimientos. Cuando esto ocurre, con el fin de aliviarles y de evitar la tensión emocional, se les debe permitir que sean ellos quienes dirijan la entrevista. Hay que descubrir lo que el paciente conoce de su estado y cuánto es lo que quiere saber. Si conscientemente no quiere saber, no se le informa. Por el contrario, si un paciente quiere conocer su estado y uno le tranquiliza demasiado, se sentirá aislado y se volverá receloso y desconfiado. Si pregunta abiertamente sobre su enfermedad y se le da una respuesta sincera, pero sin destruir toda esperanza, se sentirá menos afligido.

Los enfermos que expresan sus miedos, hacen más referencia a su estado físico que al momento final; pero el trabajador social debe saber que más de una cuarta parte de los pacientes revelan en las

últimas semanas el hecho de que saben que van a morir si se les da la ocasión de hacerlo. En los momentos de depresión, algunos enfermos terminales sienten un gran alivio al poder compartir sus sentimientos con alguien que quiera escucharles. Otros quieren únicamente compañía, porque el que va a morir puede sentirse aislado emocionalmente y privado del contacto humano. Es lo que se conoce como "el duelo del enfermo terminal".

Cartwright y col. resaltan los problemas a los que se enfrentan quienes atienden a algún paciente desahuciado en casa. Se mencionó con frecuencia el aislamiento social, la pérdida de contactos sociales, fatiga, tensión emocional y problemas de salud.[5] Dos tercios de los enfermos terminales que padecen cáncer aprecian el hecho de que se les haya comunicado. Durante los diez primeros días se sienten muy angustiados pero luego parece que se reconcilian con ello y, si además se les informa positivamente sobre su tratamiento, se aferran a esa esperanza que les sirve de alivio.

El profesor Hinto del Maudsley Hospital estudió un grupo de 102 enfermos terminales y lo comparó con un grupo de enfermos que sufrían enfermedades graves pero no terminales. El primer grupo se caracterizó por:

- mayor deterioro físico (dolor) que no se podía aliviar,
- aumento de la depresión y ansiedad,
- importante disminución de la consciencia, solamente el 6% estaban conscientes en el momento de morir,
- a mayor deterioro físico más depresión y ansiedad y mayor percepción de la muerte,
- la fe religiosa influía sobre la angustia pero menos sobre la depresión; no obstante, los que tenían fe estaban menos deprimidos que los que tenían poca fe,
- durante los dos últimos meses, casi todos hablaban de la posibilidad de morir; durante la última semana, el 20% estaban seguros de que esto iba a ocurrir.

Smith (1988)[6] menciona 5 etapas por las que pasan los enfermos terminales:

1°. Negación. Al enterarse lo niegan y esto se repite varias veces antes de fallecer. "Esto no me puede ocurrir a mí".

2°. Frustración e irritabilidad. Si es contra la familia, sus miembros responden con pena y lágrimas, culpabilidad y vergüenza o evitan visitarle lo que aumenta su enfado.

3ª. Negociación. Intentan negociar con Dios o el médico para posponer lo inevitable.

4°. Depresión. Surge cuando el enojo y la negociación no dan resultado.

5°. Aceptación. No todos la alcanzan. En una larga enfermedad, puede ser un alivio. Para la familia es difícil comprender que el enfermo se de por vencido en la lucha por la vida.

Hay enfermos que necesitan negar la gravedad de su situación. Salvo circunstancias muy especiales, deben ser respetados. En opinión de Weisman[7], a lo largo del proceso de la enfermedad terminal existe una fluctuación entre el rechazo y la aceptación . Los pacientes parece que saben y quieren saber, sin embargo, a menudo hablan como si no lo supieran y no desean que se les recuerde lo que se les ha dicho.

Cuando el profesional guarda silencio está creando o manteniendo la convicción del enfermo de que se espera de él la negación. Cuando un enfermo que padece un cáncer de pulmón le dice al trabajador social "Mis días están contados", el sabe por la respuesta que reciba si puede continuar hablando o no. A su vez el trabajador social debiera ser capaz de comprender si el enfermo está dispuesto para hablar de su próxima muerte y lo que ello significa para él. El enfermo le expresará si quiere hablar sobre el tema. Si se produce un silencio o cambia de conversación, está claro que no quiere hacerlo,

La actitud del trabajador social se transmite mediante la comunicación verbal y no verbal. A veces no hay nada que decir, sólo

mantener una actitud de aceptación y confianza. Hay que tener en cuenta que la enfermedad incurable significa pérdida. Pérdida de control y poder, pérdida de roles y pérdida de la autoestimación. Se desmorona la realidad y no se tiene poder ni libertad para evitarlo

Cuando el enfermo no obtiene respuesta a sus preguntas, o se le ignora cuando expresa preocupación, o se le descarta jovialmente y advierte que otras personas significativas para él continúan como si todo fuese normal, acaba por encerrarse en si mismo alejándose cada vez más del mundo "exterior".

Mucho de lo dicho puede aplicarse también a la familia. La muerte de una persona querida evoca sentimientos diversos que están relacionados con la historia y naturaleza de la relación vivida y con la perspectiva de la muerte. "Hemos estado casados y sido muy felices durante 33 años". "No se lo que haré sin él". "Es verdad que hemos pasado tiempos muy difíciles pero las cosas empezaban a ir bien de nuevo". "¿Cómo puede ocurrirme esto a mi?". Este tipo de reflexiones representan las emociones, conflictos y ambivalencias que pueden necesitar expresar y el trabajador social puede ofrecerles la oportunidad para que lo hagan.

b) Planificación de la vida durante el proceso terminal.

El trabajador social debe ayudar al enfermo y a su familia a que, dependiendo de su estado físico y el pronóstico de su enfermedad, expresen como desea el enfermo vivir el tiempo que le queda, de que alternativas dispone, que obstáculos pueden presentarse mientras está hospitalizado y que recursos comunitarios existen en caso de que regrese a su domicilio.

Aitken-Swan[8] hizo un seguimiento de 200 enfermos de cáncer que durante un cierto tiempo habían sido atendidos en sus casas y descubrió:

- El 62% había deseado estar en casa.
- El 77% estaba satisfecho de la atención médica domiciliaria aunque un 20% habían sufrido dolores agudos y persistentes..
- Un tercio de las familias mencionaron la "enorme tensión" que supuso cuidarles en casa alegando enfermedades de otros familiares, preocupaciones y falta de apoyo social.

Para que el enfermo pueda recibir la atención adecuada en su domicilio, es necesario que se puedan aliviar sus síntomas, que la familia tenga la posibilidad de controlar la enfermedad y que los servicios de salud pública estén dotados con los medios necesarios para prestar la atención requerida.

Cuando el desenlace final se aproxima, los sentimientos de muerte se convierten en sentimientos de vida. El enfermo da marcha atrás y piensa en lo que ha sido su existencia: larga y completa o corta y triste, fructífera o sin sentido, llena de gratificaciones o vacía. Las personas varían en la forma de hacer esta evaluación y en la forma de explicitarla. Mientras que algunos necesitan tiempo y esfuerzo para expresar sus sentimientos, concretar sus vagas e inconexas impresiones e integrar sus conocimientos, otros necesitan de un interlocutor que esté dispuesto a escucharles y con quien poder revisar su pasado y así recibir consuelo. A veces, un enfermo quiere hablar sólo de ciertos aspectos que le preocupan. Pilsecker[9] menciona a un señor que unos días antes de su muerte se lamentaba de la inestabilidad laboral de su hijo pequeño. Necesitaba expresar su deseo de ver a su hijo con un trabajo fijo cuando sabía que no lo iba a conseguir.

A menudo, el vivir con la expectativa de la muerte influye en la forma de relacionarse con los demás. El enfermo terminal se pregunta y se preocupa por lo que tiene que decir y en como interactuar con su familia y sus amigos a los que les ocurre lo mismo con respecto a él. Puede ocurrir que la necesidad básica del enfermo o del familiar sea simplemente expresar su malestar. Se les puede ayudar a ambos a clarificar como desean comunicarse; hasta que punto, por ejemplo, quieren hablar de su situación. La familia juega a ocultarla y el enfermo, independientemente del conocimiento que tenga sobre su

enfermedad, se siente obligado a participar en el juego. Un matrimonio conocía la situación pero cuando aparece el trabajador social para ofrecerles su ayuda la mujer le susurra que no quiere que se entere su marido. El marido reacciona diciendo que todos saben lo que está ocurriendo luego que deje de hablar en voz baja.

El profesional que trabaja con enfermos terminales debe tener claro cuál va a ser básicamente su objetivo. Si este va a consistir en rodear al enfermo terminal con un aura de esperanza tan humana como sea posible o, por el contrario, va a tratar de hablar abiertamente con él e incluso compartir sus expresiones de tristeza. Pilsecker expone el caso del Sr. W. diagnosticado de cáncer de pulmón con metástasis en el cerebro. Ocasionalmente se sentía lo suficientemente bien como para pasar un fin de semana en casa. Después de una de estas visitas su hija de 22 años acudió al trabajador social para decirle que estaba muy preocupada porque su padre sabía que se estaba muriendo. Su respuesta fue "Papá, no hables así". El trabajador social la ayudó a disponer de otra respuesta que no fuera obligar a su padre a que negase la realidad.

c) Planificación de la muerte.

Casi todos los enfermos terminales saben que van a morir; lo observan en las reacciones de los que les rodean. El personal no les dicen nada pero ellos lo perciben en los silencios, negaciones, evasiones. Esta actitud les obliga a vivir aislados. Algunos enfermos han planificado con detalle su fallecimiento. Han comprado la sepultura o indicado si quieren ser incinerados y la clase de servicios funerarios que desean. Otros lo han manifestado pero no han hecho nada y otros no han hecho ni dicho nada.

Si un enfermo habla del momento final es casi seguro que va a hacer referencia a todo esto. Incluso enfermos que no quieren hablar de la muerte, si lo hacen sobre el sepelio. Cuando un enfermo inicia la conversación. el trabajador social debe aclararle las dudas o confirmarle lo que sabe, pero procurando dejarle siempre con alguna

esperanza. Si el enfermo habla de su muerte pero no del sepelio puede ser apropiado que el trabajador social se lo pregunte para informar a su familia.

La familia y el enfermo a veces mencionan la frase "en caso de muerte" como una forma de darse a conocer que saben lo serio de la situación. Sin embargo, no llegan a hacer planes. La Sra. B cuyo marido estaba muriéndose de cáncer estaba muy preocupada porque ignoraba los deseos de su marido y no se atrevía a preguntarle. El trabajador social le informó que el conocía perfectamente su situación y con su ayuda pudo hablarle quedándose más tranquila al conocer sus deseos.[10]

A menudo el enfermo está preocupado por la situación en que deja a su familia. El hablar sobre los recursos disponibles le puede tranquilizar. Sobre todo en los casos en los que hay hijos pequeños que tendrán que cobrar una pensión de orfandad. Saber que el trabajador social les va a ayudar con toda esta tramitación puede ser un alivio. A los enfermos que hablan abiertamente se les puede incluso preguntar si han hecho testamento y si su familia sabe donde lo tiene. En caso contrario, deberían considerar la posibilidad de hacerlo.

Los familias también reciben ayuda cuando hablan de estas cuestiones con el trabajador social. El hacerlo les reasegura acerca de sus planes, les ayuda a clarificar dudas, o les proporciona información hacia otras alternativas. Aunque el enfermo es el centro de atención, también les reconforta saber que alguien se interesa por su propio bienestar. Este tipo de servicio es parte de la tarea del trabajador social, por lo que es importante que se le de prioridad y que sea reconocido como tal por la institución en la que trabaja.

Con respecto a la ayuda espiritual es muy importante saber si el enfermo quiere recibir la visita de un sacerdote o no. Algunos tratan de negociar con Dios a fin de prolongar su vida o evitar la muerte. Otros ven la enfermedad como un castigo de Dios y el sacerdote les puede ayudar a tener una perspectiva diferente. El sacerdote emana seguridad y consuelo espiritual que quizá los miembros del equipo no

puedan transmitir.

Una vez que se ha producido el fallecimiento, incluso la familia mejor preparada puede estar tan apenada que no pueda pensar con claridad sobre lo que tiene que hacer. El trabajador social puede ayudarles a minimizar esta confusión comunicándoles por anticipado los procedimientos a seguir. En algunas ocasiones, puede incluso ser necesario acompañarles al tanatorio.

d) El duelo.

El duelo es un proceso natural por el que una persona va rompiendo uno a uno con los lazos psicológicos que le ataban al desaparecido y de esta manera se va liberando gradualmente de él. Es el proceso del entierro psicológico del muerto. Erich Lindeman estudió las reacciones de las personas ante la pérdida de un ser querido y observó que siempre se da dolor, angustia, agresividad y culpabilidad.

El trabajo del duelo puede decirse que es un trabajo de pérdida. El duelo supone un proceso psicológico y si se intenta suprimir, surgirán más tarde trastornos conductuales. Los lazos con el objeto del amor perdido tienen que ser cortados lentamente y por ello se necesita tiempo. Se distinguen tres fases:

a) Se evoca la imagen del desaparecido, se identifica con él y se viven mentalmente de nuevo los acontecimientos pasados.

b) El liberarse del objeto perdido dura de 6 meses a un año. Es un trabajo psicológico interno. El doliente carece de energía para interesarse por su entorno por lo que pasa por alto la realidad exterior que en esos momentos no tiene gran importancia para él.

c) Si la evolución es normal, el interés por el desaparecido va disminuyendo al mismo tiempo que aumenta la posibilidad de formar nuevos lazos con personas y cosas existentes. El doliente adquiere una nueva libertad.

En palabras de Lindeman, el duelo es una emancipación de los lazos afectivos de cariño y lealtad hacia el muerto; una readaptación al ambiente donde ha desaparecido la persona fallecida; la formación de relaciones nuevas.

Si la persona sufre fuertes ataques de angustia y miedos se evitará que piense en el fallecido y en todo aquello que le evoque estímulos penosos. La preocupación por la imagen del muerto a veces llega hasta la obsesión. El doliente se siente perseguido por su imagen, por su voz, revive las últimas escenas, imagina que vive todavía, que está presente, que le llama, le acompaña.

También se dan sentimientos de culpa, en ocasiones por hechos y acontecimientos banales que tuvieron lugar casi inmediatamente antes de su fallecimiento; por cosas que hizo o no hizo el doliente con él durante su vida, lamentándose excesivamente y de manera persistente. Padecen alteraciones de conducta tal como no poder descansar o empezar un trabajo, carecer de iniciativas, hablar a veces con mucha rapidez, algo que no hacían antes, (hablar compulsivo), les resultan difíciles y pesadas las tareas diarias, incluso pueden ser muy dependientes de los que tratan de organizar cosas para ellos, etc.

En el proceso del duelo son muy importantes el factor religioso y la fe. Pero aunque se crea en una vida después de la muerte y que se está mejor allí, los vivos tienen que expresar su dolor por el desaparecido. El duelo, según las personas, puede darse por adelantado o diferido. En el caso del duelo diferido no resulta útil conducir al doliente a comprender intelectualmente lo que le pasa, ya que lo que necesita es ayuda para empezar a sentir su pena; este dolor que reprimió tanto que no pudo expresar tiene que manifestarlo y a veces resulta dificilísimo iniciar el proceso, pero es el único medio para terminar con los síntomas del duelo normal.

El trabajador social diagnostica en la entrevista valiéndose de frases como: "desde que murió el mundo entero parece estar mal, ir mal, y todas las cosas van al revés". "Dejé de vivir" o "No vivo más". "No habrá nunca una persona como mi madre, es imposible" o "Cuando el

murió, terminó todo para mi". Cuando el trabajador social pregunta sobre la conducta de su cliente tras la muerte de un familiar puede obtener las siguientes respuestas: "Tenía que continuar, no me podía dejar caer". "No podía llorar, me sentía vacía". "Ninguna persona puede imaginarse lo que sufrí".

Si advierte poca expresión de dolor o incluso que no se lloró, el tratamiento consiste en hablar del fallecido y de su muerte; aunque el cliente no esté convencido de ella y no se pueda explicar el por qué ya que es imposible explicar una experiencia emocional. Se le invita a hablar de lo que era la vida anterior (como vivían, que hacían, días de vacaciones, circunstancias especiales, felices). Se conocen así las relaciones que tenían. La familia tiende a idealizar la imagen del desaparecido. En entrevistas sucesivas se hablará también de las recuerdos negativos. No es necesario que el trabajador social de muchas explicaciones, ni tampoco interprete, pero si debe hacer preguntas clarificadoras, tales como: "¿Cuándo?", "¿Cuanto"?, etc. Se debe insistir acerca de los sentimientos, seguir paso a paso y escuchar atentamente, dar seguridad y tranquilidad.

Cuando el cliente no llora hay que ayudarle a que lo haga. Hay que ayudar a estas personas a comprender que cada uno, en ciertos momentos de la vida, tiene derecho a expresar sus sentimientos, a ser una carga para otros, y que tiene ahora, cuando está con el trabajador social, la ocasión de hablar y de llorar sin hacer daño a otras personas o molestarlas.

Conclusión.

Hasta aquí he expuesto brevemente el servicio directo que un trabajador social puede prestar a los enfermos terminales y a sus familias. Debe reconocerse, sin embargo, que en un hospital u otra institución el trabajador social es miembro de un equipo y no actúa de forma aislada e independiente. En este área, como en otras, la ayuda que presta debe estar coordinada con la de los otros miembros del equipo. En ocasiones, el trabajador social debe realizar una función

única por y con el enfermo y su familia; en otras, sin embargo, debe ser uno más del equipo que escucha atentamente, ofrece consuelo, y proporciona una asistencia tangible a los problemas del enfermo terminal.

Algunos hospitales están realizando programas para discutir en grupo la ayuda al enfermo terminal y a sus familias. Es importante tener en cuenta que estas sesiones con los enfermos no pueden planificarse rígidamente. Sin embargo, la terapia de grupo ha sido efectiva con los familiares que están intentando cooperar con los enfermos que padecen este tipo de enfermedad crítica.

Ofrecer una ayuda al enfermo terminal y a su familia, tratar abiertamente y sin tabús con el duro hecho de la muerte, permitir la negación de la realidad por parte del enfermo sin participar en ello, son todas tareas que competen al trabajador social. La práctica puede que no sea perfecta. La muerte origina siempre respeto y temor. Pero los trabajadores sociales deben aprender que esto no les debe influir, ni ser la causa de que no proporcionen al enfermo terminal la ayuda que necesita. Las necesidades de estas personas son comunes a todos los seres humanos, aunque algunas de ellas sean peculiares al hecho de su próxima muerte.

La muerte se acompaña a menudo con tubos y catéteres y equipos de respiración artificial, con dolor, debilidad y confusión mental y con un sentido de soledad en medio del ruidoso pabellón de un hospital. Estos factores son algunos de los que actúan en contra de la posibilidad de morir con dignidad pero, aunque los trabajadores sociales no puedan mitigar o eliminar estos hechos, en ocasiones y con algunos enfermos y algunas familias, su intervención puede ayudar a capitalizar lo que de dignidad permanezca. Es un objetivo que merece la pena.

Para terminar, he creído interesante incluir la **DECLARACION DE LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS TERMINALES** del Michigan Inservice Education Council[11].

Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte

Tengo derecho a mantener una sensación de optimismo, por cambiantes que sean mis circunstancias.

Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una sensación de optimismo, por mucho que varíe la situación.

Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte.

Tengo derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados.

Tengo derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos de "curación" deban transformarse en objetivos de "bienestar".

Tengo derecho a no morir solo.

Tengo derecho a no experimentar dolor.

Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.

Tengo derecho a no ser engañado.

Tengo derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.

Tengo derecho a morir con paz y dignidad.

Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones mías que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.

Tengo derecho a discutir y acrecentar mis experiencias religiosas y/o espirituales, cualquiera que sea la opinión de los demás.

Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras mi muerte.

Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

Tengo derecho a ser asistido espiritualmente de acuerdo con mi religión.

Notas

[1] Hace unas décadas, Pilsecker publicaba un artículo en el que resaltaba la importancia del Trabajo Social con Enfermos Terminales que nos sirve de referencia para esta publicación. PILSECKER, C. (1975). Help for the dying.. SOCIAL WORK, 20, 3, pp. 190-194.

[2] Cit. por SMITH, Carole R. (1988). Trabajo Social con Moribundos y sus Familias. México: Pax Méjico. p. 21.

[3] FEIFEL, Herman (1959). Attitudes Toward Death in Some Normal and Mentally Ill Populations. En Feifel, ed., The Meaning of Death. New York: McGraw Hill Book Co., pp. 114-130, cit por Pilsecker, C. (1975), op. cit.

[4] KUBLER-ROSS, E. (1970). On Death and Dying. New York: MacMillan C. P. 258. Cit. por Pilsecker, op. cit., p. 191.

[5] Cit. por Smith (1988), op. cit.

[6] Smith (1988), op. cit.

[7] WEISMAN, A.D. (1972). On Dying and Denying. New York: Behavioral Publications, p. 18. Cit. por Pilsecker, op. cit.

[8] En Smith, (1988), op. cit.
[9] Pilsecker (1975), op. cit., p. 192.

[10] Ibid., p. 193.

[11] ASTUDILLO, W., C. Mendinueta y E. Astudillo. (1995). Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Pamplona: EUNSA.