



FUNDACION MAPFRE MEDICINA

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES



FUNDACIÓN
INTERNACIONAL
O'BELEN



UNIVERSIDAD DE
ALCALÁ



Fundación
IBERDROLA

TRASTORNOS
DEL COMPORTAMIENTO
EN NIÑOS
Y ADOLESCENTES



Todos los derechos reservados. Esta publicación, o cualquiera de sus partes, no podrá ser reproducida o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, mediante fotocopias o cualquier otro, sin permiso previo por escrito del editor.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

© 2004, Fundación Internacional O'Belén
© 2004, Fundación MAPFRE Medicina

Editorial MAPFRE, S. A.
Paseo de Recoletos, 25 - 28004 Madrid

ISBN: 84-7100-733-9
Depósito legal: M. 44.212-2004

Compuesto e impreso en Fernández Ciudad, S. L.
Impreso en España - Printed in Spain



ÍNDICE

<i>Prólogo de Emilio Pinto Rodríguez</i>	XI
<i>Prólogo de Carlos Álvarez Jiménez</i>	XV
CONFERENCIAS	1
I La readaptación de los jóvenes delincuentes. Marc Le Blanc	3
II Habilidades sociales para adultos de referencia que trabajan con menores con trastornos de comportamiento. Manuel Segura Morales	53
III Prevención y tratamiento del comportamiento antisocial desde la educación. María José Díaz-Aguado.	85
IV Diversidad subjetiva de los trastornos del comportamiento. Emilce Dio Bleichmar.	149
PONENCIAS	165
I MESA REDONDA: PROYECTO ESPERI	167
1. Trastornos del comportamiento. Una perspectiva psiquiátrica. M.ª José Parellada	169
2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Javier San Sebastián Cabasés	181
3. Validación del cuestionario ESPERI (12-18 años) para la detección de trastornos de comportamiento en los centros educativos. Rosario Martínez Arias ..	213
4. Estrategias de intervención con adolescentes con trastornos del comportamiento. Cristina Silvoso Basabe ..	231

II MESA REDONDA: ESTADO DE LA SITUACIÓN DE LOS MENORES EN DISTINAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS: NUEVAS NECESIDADES	255	
5. Nuevas necesidades en la Comunidad Valenciana para atender los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes desde el ámbito de la acción social. Rosario Calatayud Medina	257	
6. La problemática de los trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia en Galicia: Intervención desde la Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado. Teresa Rey Barreiro-Meiro	267	
7. Los niños con trastornos de comportamiento en Cataluña. Federico Diego Espuny	287	
III MESA REDONDA: INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR	295	
8. Proyecto Metra: Estudio sobre los menores y sus familias en la Comunidad de Madrid. Cecilia Simón Rueda, Virginia Cagigal de Gregorio, María Prieto Ursúa y Marta Sandoval Mena	297	
9. Estructura y organización del centro de menores «Can Uubió»: Un modelo de abordaje. Roger Gausachs i Bel	313	
10. Inserción socio-laboral: Propuestas para la vida autónoma. Juan Ramón Mayor Pérez	321	
COMUNICACIONES	333	
1. Análisis de necesidades psico-socio-educativas de los menores escolarizados en situación de riesgo social. Andreu, M.; Artola, T.; Meca, R., y Álvarez Rico, M.	335	
2. El profesional en contexto de control. Ángel Estalayo Hernández y Juan Carlos Romero León	355	
3. La forja del antisocial: ¿cómo son los niños y adolescentes que serán diagnosticados de trastorno antisocial de la personalidad? Hilario Blasco Fontecilla.	369	
4. Estudio descriptivo de la agresividad y los problemas de conducta en niños y adolescentes españoles a través del BASC. Jimena Bonilla Carvajal, Sulema Rojas Román, Blyda Arrechea Coruña, Elena Pérez Hernández, Sara Fernández Guinea, Javier González Marqués, Pablo Santamaría y Jaime Pereña	395	
5. Intervención Familiar Municipal con Adolescentes: El Proyecto «Adolescentes en Conflicto». José Antonio Torres Fernández	413	
6. El ejercicio físico como elemento de terapia. Pablo Jordá Jiménez y Helena Torrecilla Puebla	425	
7. Un caso clínico de estrés post-traumático agudo, víctima secundaria en consecuencia del 11-M. Jesús Ángel Valls Ponce	427	
8. ¿Difíciles de atender? ¡Atentos a sus dificultades! Promoción de la salud mental del adolescente desde un centro de salud. Patricio J. Ruiz, Lola Bosques, Gabriel Cozar, Blanca González y otros	429	
9. Desarrollo del Capital Humano en los Centros Educativos. Fresia Robledo Poma	431	
10. El dibujo infantil como instrumento para conocer al niño: Iconografías de un pequeño preadolescente. Pilar Pérez	433	
11. Estudio de los problemas de interiorización en la población adolescente española a través del BASC (sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes). M.ª Teresa Martín Aragoneses, Sara Fernández Guinea, Elena Pérez Hernández, Javier González Marqués, Jaime Pereña y Pablo Santamaría	435	
12. Terapia de grupo en trastornos del comportamiento infantil. Experiencia en un Centro de Salud Mental. M. García Mayo y L. Martín Martínez de Toda	437	
13. Prevención de los trastornos de conducta en el adolescente desde un programa de educación para la salud municipal. Ángel Luis Palacios Hernández	439	
14. Los trastornos de comportamiento en la adolescencia: una experiencia desde lo educativo en Cataluña. Yolanda Marín Segura	441	
15. Internamiento terapéutico en la Ley Orgánica Reguladora de la Responsabilidad Penal del Menor 5/2000 - Caso Clínico. Rafael Fandiño Pascual y Mercedes Fernández Valencia	443	

PRÓLOGO

En la actualidad, muchos padres, profesores y profesionales se encuentran amenazados e impotentes ante los trastornos del comportamiento que presentan un creciente número de niños y adolescentes. Varios colectivos profesionales llevan tiempo denunciando la carencia y precariedad de los recursos asistenciales para la salud mental de estos menores y, sus denuncias, han puesto de manifiesto el vacío que existe en España en el tratamientos de estos trastornos.

Pero, ¿Qué son los trastornos del comportamiento, a quiénes afecta, qué herramientas podemos utilizar? ¿Cómo podemos seguir avanzando sobre ello? Comencemos por la definición: Se consideran trastornos del comportamiento a aquellas *«ocasiones en las que los niños y/o adolescentes muestran un patrón de comportamiento antisocial que vulnera los derechos de las otras personas, así como, las normas de convivencia y/o reglas socialmente aceptadas para su edad, siendo estos comportamientos inmanejables por personas cercanas al individuo sintomático, provocando todo ello, un deterioro progresivo y significativo en el ámbito interpersonal, relacional y laboral»*.

En Junio de 2003, a través del Proyecto Esperi, las Fundaciones Internacional O'Belén, Iberdrola y Accenture comenzaron a explorar la situación de estos menores en España con el fin de relevar el estado de la cuestión con la mayor exactitud posible y señalar el sentido de su evolución. Las conclusiones que se obtuvieron fueron:

1. Los trastornos de conducta afecta en la actualidad entre un 4 y un 8% de los menores en España
2. En los próximos diez años esta tendencia aumentará comprendiendo entre el 15 y el 20%
3. Estas alteraciones del comportamiento constituyen, además, un problema creciente si tenemos en cuenta que el 80% de los casos españoles no está diagnosticado o que, si lo está, no cuenta con un tratamiento adecuado.
4. Ello pone en evidencia que no se ha dado aún una toma de conciencia plena ni una sensibilización de la sociedad hacia esta problemática. Por esta razón, muchas familias se encuentran solas ante esta realidad y carecen de las herramientas necesarias para detectar, prevenir y tratar a tiempo los trastornos del comportamiento.

Con estos datos, un grupo de expertos comenzó a trabajar en la realización de un cuestionario o test para detectar los trastornos del comportamiento, con la intención de mejorar varios aspectos débiles de los cuestionarios al uso. Esto nos permitió obtener una clasificación en tres niveles: Leve, moderado o grave.

Todos tenemos claro que para los casos graves son necesarios centros especializados, que sólo algunas comunidades autonómicas poseen. Centros terapéuticos donde equipos interdisciplinares y multidisciplinares realicen un trabajo conjunto: psiquiatras, psicólogos, pedagogos, educadores, maestros, trabajando en una sola dirección. Pero dadas las características de los sistemas educativos, donde po-

ner líneas de trabajo comunes no resulta una tarea sencilla, todavía nos queda mucho por hacer.

Si priman las diferencias entre los centros y las recetas individuales, la ausencia de auditorias pedagógicas y la muestra de sus resultados, la falta de seguimiento de los menores y de intercambio de experiencias, el riesgo de que los centros se conviertan en lugares privados de intervenciones se potencia. Es este sentido, son muchas las recomendaciones que deberíamos de hacer pero nos conformamos con describir dos líneas fundamentales:

- Los centros deben de poner en común sus avances y sus retrocesos, sus experiencias, sus aciertos y sus errores y adquirir la práctica de lo escrito.
- Los centros que se abren no tienen que servir sólo para menores tutelados por las comunidades autónomas. Existen muchos otros menores con estos trastornos, y lo que es más importante, existen padres que no quieren abandonar la tutela de sus hijos y necesitan de estos espacios para poder ayudarles. El sistema no debería de obligar a un padre a entregar la tutela para ser tratado, cuestión que hoy se da ya como única forma de posible intervención en los trastornos graves.

Para los casos moderados es necesaria la participación de un equipo multidisciplinar a la vez que la de la propia familia y, en especial, la toma de conciencia por parte de todos, incluido el menor, de la necesidad de recurrir a la ayuda profesionalizada. No debemos de olvidar que no se puede ayudar a quien no quiere ser ayudado.

Por último y no menos importante en los casos leves, incluso en la prevención, es que los padres, los maestros, los adultos de referencia en general necesitan nuevas herramientas para abordar estos trastornos. Nuestros menores demandan nuevas formas de hacer, nuevas formas de comunicación. Nuestro trabajo debe de ir encaminado no sólo

a resolver el problema sino, sobre todo, a enseñar a los padres cómo resolverlo.

Para hacer esto posible debemos, en primer lugar, admitir nuestros fallos como padres y, en segundo lugar, admitir las sugerencias de los profesionales. Sugerencias que deben de partir del principio de la comprobación científica más que del buen criterio o instinto del profesional. Es necesario también acabar con el pensamiento de culpabilidad, frustración o sentimiento de vergüenza en los padres. Desde esas posturas se hace imposible cualquier trabajo.

Quiero agradecer a todos los profesionales que, con su participación, han hecho posible la publicación de esta monografía, que reúne las ponencias y comunicaciones presentadas al Primer Congreso Internacional sobre «Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes», celebrado en el Auditorio MAPFRE en Madrid los días 4 y 5 de noviembre de 2004.

Quiero agradecer también al Ministerio de Asuntos Sociales, a la Fundación MAPFRE Medicina, a la Universidad de Alcalá y en especial a la Fundación Iberdrola por su preocupación en este campo, su trabajo y su creencia en nuestra labor.

Considero como el Abad de Candillac que: *«Las ideas para ser exactas son incompletas»* y por eso debemos seguir compartiéndolas. Como presidente de la Fundación Internacional O'Belén, que lleva más de 15 años trabajando con los trastornos de conducta, sólo puedo decirles que deseamos profundamente compartir nuestras experiencias.

EMILIO PINTO RODRÍGUEZ

Presidente de la Fundación Internacional O'Belén

PRÓLOGO

La Fundación MAPFRE Medicina inició sus actividades en 1989, continuando las actividades que en el área de la salud desarrollaba la Fundación MAPFRE desde 1979. Se constituyó como Fundación cultural privada, sin ánimo de lucro, dotada de personalidad jurídica y patrimonio propio por iniciativa de MAPFRE Mutualidad de Seguros, empresa española de carácter mutualista que opera en el sector asegurador de automóviles. Su principal finalidad estatutaria es la promoción y apoyo a la investigación científica en el área de la salud, según la conocida definición de la OMS.

Una de las dimensiones que mejor define su identidad es su carácter abierto y receptivo, que es explicado por su continuada disponibilidad a ser un «lugar de encuentro», donde instituciones y profesionales de muy diversas orientaciones tengan la oportunidad de avanzar en común.

Su organización se estructura en torno a cuatro Institutos: Traumatología y Rehabilitación, Medicina Cardiovascular, Gestión Sanitaria y Medicina Clínica y del Trabajo, y dos Áreas: Social y Neurociencias. Su medio de expresión principal es la Revista MAPFRE Medicina, de la cual se editan cuatro números anuales más los números monográficos.

Esta monografía reúne las ponencias y comunicaciones presentadas al I Congreso Internacional «Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes», ejemplo característico de patrocinio y apoyo de la Fundación a una institución que viene desarrollando un importante trabajo en este capítulo: la Fundación Internacional O'Belén. El «lugar de encuentro» de profesionales procedentes de todo el país, representativos de muy diversas instituciones, el intercambio de múltiples experiencias, la riqueza del contenido de las ponencias y el interés de las comunicaciones presentadas al Congreso, fue una realidad consonante con los fines institucionales y la responsabilidad social que asume la Fundación MAPFRE Medicina.

Desde que inició su actividad, la Fundación ha contribuido y colaborado con múltiples instituciones con el fin de lograr mejorar las cotas de salud y calidad de vida de la sociedad. Mediante sus propias iniciativas y sumando su esfuerzo a proyectos comunes con otras instituciones, ha multiplicado sus aportaciones a la investigación, al progreso del conocimiento y al desarrollo institucional, profesional y social frente a problemas que a diario comprometen y amenazan la salud.

Como Presidente de la Fundación MAPFRE Medicina, me congratula haber sumado nuestro esfuerzo a la Fundación Internacional O'Belén, traduciéndose en la realidad de este I Congreso Internacional, y en la presente monografía. Sin duda la lectura de sus páginas contribuirá al mejor conocimiento y soluciones del problema que se abordó en su programa : los «Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes».

CARLOS ÁLVAREZ JIMÉNEZ

Presidente de la Fundación MAPFRE Medicina

CONFERENCIAS

LA READAPTACIÓN DE LOS JÓVENES DELINCUENTES

MARC LE BLANC

Profesor emérito, Escuela de Psicoeducación,
Escuela de Criminología, Universidad de Montréal

RESUMEN

¿Es necesaria la readaptación de los jóvenes delincuentes? ¿Cuál es el nivel de éxito que se logra? ¿En qué condiciones se consigue? ¿Cuál es la estrategia de readaptación que parece más rentable para los jóvenes delincuentes? ¿Por qué medios podemos desarrollar estos programas de readaptación? Responderemos a estas preguntas basándonos en el balance de los últimos años de investigaciones evaluativas y de aplicación de la readaptación en Québec.

La readaptación de los jóvenes delincuentes es más necesaria que nunca debido al aumento de escala de la violencia y al agravamiento, persistencia, concentración y acumulación de los problemas de estos últimos. Además, no hay que olvidar la falta de supervisión de los adolescentes debido al trabajo de los padres, la educación de muchos delincuentes en familias monoparentales y con serias dificultades económicas, las dificultades de acceso al mercado de trabajo de los adolescentes que no han completado la enseñanza secundaria, el eco de la «explosión demográfica» que la sociedad acusará hasta 2010, etc.

Ahora conocemos las limitaciones de nuestros métodos de readaptación de los jóvenes delincuentes y podemos fijar unos objetivos realistas a los organismos que tienen esta tarea por objetivo: reducir la reincidencia en al menos un 40% y mejorar el funcionamiento psicológico en un 30% y la adaptación social en una proporción equivalente. Dada la magnitud y la naturaleza de las dificultades comportamentales, psicológicas y sociales que caracterizan a los jóvenes delincuentes, tales objetivos son totalmente razonables y alcanzables.

Sin embargo, no podremos alcanzarlos si no respetamos algunas condiciones fundamentales. La duración de la readaptación de los jóvenes delincuentes en la comunidad o en régimen de custodia, ya sea abierta o cerrada, debe durar en torno a un año e incluir una fase de reinserción social. Ahora bien, no dará los resultados apetecidos sin una evaluación rigurosa y sistemática de la adaptación social y personal del adolescente (MASPAE). Ante todo, se requiere el empleo de los métodos más eficaces y una mayor integridad y calidad de los programas de readaptación.

Hemos llegado a la conclusión de que lo mejor para conseguir una mejora de la readaptación es recurrir a la herencia de la psicoeducación clásica: hay que aplicar un saber estar y un saber hacer específicos, resaltar la importancia del equipo de educadores y del grupo de adolescentes, desarrollar una pedagogía de las actividades y adoptar el enfoque del medio. Las técnicas del enfoque cognitivo comportamental y del enfoque cognitivo del desarrollo constituyen, ciertamente, medios complementarios para aumentar el nivel de éxito; sus distintos capítulos contemplan los individuos, las actividades de aprendizaje, el grupo y la familia.

No obstante, para alcanzar y superar los niveles más altos de éxito se necesitan dos cosas: organizar la investigación y el desarrollo en materia de readaptación y adoptar una actitud de tenacidad y esperanza.

INTRODUCCIÓN

En Québec estamos acostumbrados a los balances y las autocriticas colectivas. En los últimos 36 años, no menos de ocho comisiones de investigación han estudiado el fenómeno de la infancia con problemas, entre ellos la delincuencia, las leyes que la delimitan y la rigen, y la red de servicios, entre ellos el de readaptación. Se trata, por orden cronológico, de los informes Prévost (1968), Batshaw (1975), Charbonneau (1982), Rochon (1988), Harvey (1988-1991), Bouchard (1991), Jasmin (1992-1996) y Gendreau-Tardif (1999). A un ritmo de un informe cada cuatro años aproximadamente, todos han abordado la cuestión de la readaptación. Algunos hacen de ella su objeto principal, como los informes Batshaw y Gendreau-Tardif. Otros tratan superficialmente la cuestión dando primacía a la prevención, como el informe Bouchard. Algunos abordan la cuestión más o menos ampliamente. Entre los más antiguos profesionales de la readaptación, algunos han sido el objetivo de las críticas contenidas en ellos. Otros han participado en la administración de esas críticas como expertos en las comisiones de investigación; en mi caso fue así en ocho de esos diez informes.

La última autocritica, el informe Gendreau-Tardif, traza un balance realista, pero sin duda desolador en muchos aspectos, de la readaptación en Québec. Tomamos nota de ello, puesto que, en cierto modo, el gran número de intervenientes encuestados por este grupo de trabajo son los auténticos redactores del informe. No conviene, por tanto, volver aquí sobre el estado de la situación. Seguiremos, en cambio, su mandato e intentaremos encontrar el sentido, el lugar y los medios para hacer progresar la readaptación en Québec, tal como sugiere el informe Gendreau-Tardif. Nos interesaremos pues por algunas preguntas que se derivan de dicho informe o que se dejaron de lado en el mismo. ¿Es necesaria la readaptación? ¿Cuál es el nivel de éxito de la readaptación? ¿En qué condiciones se consigue? ¿Cuál es la estrategia que

parece más rentable? ¿Por qué medios podemos desarrollar los programas de readaptación para los jóvenes delincuentes?

Responderé de dos modos a estas preguntas. Primero, argumentaré sucesivamente que una mejor readaptación de los jóvenes delincuentes a la vida en sociedad es necesaria, eficaz, posible y practicable. Después, responderé con sugerencias precisas a todas estas preguntas cruciales para llevar a cabo con más éxito la readaptación de los jóvenes delincuentes. No hay que decir que esta posición categórica a favor de la readaptación no adoptará la forma de un idealismo, ya sea humanitario o científico. Al menos eso espero, aunque serán ustedes quienes juzguen a fin de cuentas. Sólo quiero responder de forma concreta y práctica a los educadores y actores del sistema judicial que me planteaban la siguiente pregunta hace una veintena de años, cuando comunicaba los primeros resultados de la evaluación de Boscoville: dado que la readaptación es eficaz en un número limitado de adolescentes, ¿qué debemos hacer para mejorar el éxito de nuestra acción? Hemos intentado responder a esta pregunta en una publicación reciente *«Intervenir autrement: le modèle différentiel pour les adolescents en difficultés»* (Le Blanc y cols. 1998). Ante semejante desfase entre la pregunta y la respuesta, seguramente se dirán ustedes que la madurez no llega en un día. Así sucede con los jóvenes delincuentes, los educadores y los jueces, pero también con los investigadores.

En dicho texto se aborda la readaptación como un conjunto integrado de intervenciones focalizadas, sistemáticas e intensivas, dirigidas a modificar significativamente la trayectoria vital del joven delincuente. No hay que decir que la readaptación puede llevarse a cabo en un medio supervisado o sin necesidad de situar al adolescente fuera de la familia. Además, puede desarrollarse en un internado abierto o protegido e incluso en un hogar de grupo o en una familia de acogida especializada. De ello se sigue que nuestros comentarios se aplican a todos estos contextos de readaptación. Además,

nuestros comentarios sobre la readaptación son aplicables tanto a los jóvenes delincuentes como a las jóvenes delincuentes.

En el texto citado empleamos el término joven delincuente para referirnos a los adolescentes reconocidos como tales por un tribunal en virtud de una infracción del Código penal canadiense o de otras leyes. Por lo demás, nuestras palabras son totalmente aplicables a los adolescentes que presentan trastornos serios del comportamiento. En Québec, se aplica en estos casos la Ley sobre la protección de la juventud, pero el tratamiento de esos adolescentes es de la misma naturaleza que el de los jóvenes delincuentes.

1. *¿Es necesaria la readaptación de los jóvenes delincuentes?*

Eminentes científicos todavía dudan hoy, en Québec como en otras partes del mundo occidental, de la necesidad de la readaptación de los jóvenes delincuentes. Se han quedado en la posición de Martinson (1974), que afirmaba que «nothing works» (nada funciona). Los artículos en la prensa y las tomas de postura en televisión de algunos científicos, partidarios de la prevención precoz no hay que decirlo, dejan entrever que perdemos el tiempo, que la readaptación es ineficaz y que representa un derroche inútil de dinero de los contribuyentes. Minan así la confianza, tan esencial, de los educadores que intentan la readaptación. Nuestra postura es diferente. La readaptación todavía es más necesaria hoy que antes debido al agravamiento de los problemas de los jóvenes delincuentes, que se manifiesta de cinco maneras: el cambio de escala de la violencia y el agravamiento, la persistencia, la concentración y la acumulación de los problemas de estos adolescentes.

El cambio de escala de la violencia es ahora una realidad estadística en Québec, al igual que en otras sociedades

occidentales. Nos hemos ocupado de documentar este cambio de escala de los delitos contra las personas en Québec (Le Blanc, 2003). Las tasas de delincuencia sin violencia siguieron la evolución de la delincuencia en su conjunto durante el decenio de 1970 y hasta 1987 (Québec ha presentando habitualmente las tasas más bajas de Canadá en los últimos 25 años). Después, las trayectorias empezaron a distinguirse cada vez más. La de la delincuencia en su conjunto se caracteriza por una estabilidad relativa (media del 49 % y variaciones entre el 44 y el 54%) antes de descender en la segunda mitad del decenio de 1990. En cambio, la de la delincuencia con violencia presenta un alza casi ininterrumpida hasta 1995, una corta tregua y una progresión en 1998 y 1999, como muestra la figura 1. Esta trayectoria es similar a la de los Estados Unidos (Cook y Laub, 1998) y Europa (Rutter y cols. 1998). En consecuencia, hasta 1987, los delitos contra las personas cometidos por adolescentes de Québec no excedían del 10% del total de infracciones penales, pero alcanzaron el 20% en 1995 y cerca del 30% en 2000.

Este cambio de escala de la violencia se manifiesta asimismo en lo que se refiere a la delincuencia comunicada por los adolescentes en encuestas a muestras representativas. Nuestros trabajos muestran un aumento estadístico significativo de la prevalencia de la delincuencia grave en Montréal entre los años 1970 y 1980 (Le Blanc y Tremblay, 1988) y después durante el decenio de 1990 (Le Blanc, 2002). Por su parte, la evolución de la delincuencia comunicada por los adolescentes cambia entre mediados del decenio de 1970 y principios del de 1990 entre los adolescentes judicializados en Montréal (Le Blanc y Girard, 1997). Si la prevalencia de la delincuencia comunicada se mantiene estable entre los pupilos del tribunal que han sido objeto de un mandamiento de libertad vigilada o de régimen de custodia, la frecuencia de los robos graves y las agresiones contra las personas aumenta de forma estadísticamente significativa. Así pues, no hay más adolescentes judicializados que cometen delitos

con violencia, pero los que practican estos delitos lo hacen más a menudo.

El agravamiento de los problemas entre los adolescentes con dificultades también se ha convertido en un hecho en Québec según Le Blanc y cols. (1995). Las dificultades de los chicos protegidos por mandamiento del tribunal debido a trastornos serios del comportamiento y de los jóvenes delincuentes se han agravado. Sus condiciones de vida son más difíciles (ahora, el 49% de las familias han pasado por períodos de desempleo o de ayuda social frente al 29% antes). En las familias se registra un deterioro de la vida en pareja (ahora, el 82% de las familias están separadas frente al 35% de antes). La comunicación con los padres y la supervisión por parte de éstos también han disminuido. Los jóvenes abandonan más tarde la escuela, pero la escolaridad obligatoria se ha ampliado; en consecuencia, perturban más la vida escolar con una rebelión que conduce a sanciones. Se unen más a sus iguales marginales a través de bandas. Por otra parte, el agravamiento de la clientela se manifiesta también desde el punto de vista de las dificultades psicológicas. En efecto, Le Blanc y cols. (1995) han demostrado, en el inventario de personalidad de Jesness, que los adolescentes judicializados de hoy presentan más actitudes de desconfianza y distanciamiento en sus interacciones con los demás, especialmente con las personas que representan la autoridad, y tienen más dificultades para identificar sus emociones y reconocer los sucesos desagradables de la realidad cotidiana. A estas características se suma una tendencia a reaccionar fácilmente en función de sus emociones, así como un malestar consciente por la presencia y el control de esos sentimientos, falta de satisfacción con uno mismo y con los demás, y un malestar emotivo asociado a las relaciones interpersonales. Por otra parte, si se agravan las dificultades de los adolescentes judicializados, hay que señalar también que los adolescentes protegidos tienen a parecerse más a los

jóvenes delincuentes (Le Blanc y cols. 1995). En efecto, el consumo de sustancias psicotrópicas y la delincuencia grave aumentan entre ellos, mientras que estas dos formas de conducta desviada siguen siendo altas entre los jóvenes delincuentes, sin contar las semejanzas en un número muy elevado de características psicológicas y sociales. La clientela de adolescentes con dificultades judicializados tiende pues a homogeneizarse. De ello resulta que pueden ponerse en régimen de custodia en los mismos centros sin peligro real de contaminación.

La persistencia de los problemas se manifiesta en que los adolescentes judicializados (jóvenes delincuentes y adolescentes con problemas graves de comportamiento) representan casos gravosos no sólo por sus necesidades actuales, sino también porque éstas son persistentes y costosas para la sociedad (Le Blanc, 1986). En la tabla I se observa que los costes sociales e individuales que representan los adolescentes con dificultades son importantes durante mucho tiempo en comparación con una muestra representativa de adolescentes de Montréal (Le Blanc & Fréchette, 1989; Le Blanc, inédito). Así, al comienzo de la treintena, son claramente menos los que poseen una titulación (2% frente al 80%); son muchos menos los integrados en el mercado de trabajo (el 51% trabajan frente al 92%; el 43% reciben ayuda social frente al 8%; el 19% tienen un trabajo sumergido frente al 2%); su vida de pareja es menos estable (el 27% están casados frente al 61%; viven desde hace 4 años con su pareja frente a 6 años; el 13% comunican conflictos frecuentes frente al 4%). Además, su madurez psicológica también se retrasa y ello hasta el comienzo de la cuarentena (Morizot y Le Blanc, inédito a). Finalmente, constituyen un peligro para la sociedad (el 72% han sido condenados frente al 11%; el 90% comunican haber cometido actos delictivos frente al 33%) y una carga indudable para los servicios sanitarios (cometen más intentos de suicidio: el 23% frente al 2%;

consumen más drogas ilícitas: el 91% frente al 68%; durante más tiempo: hasta los 28 años frente a los 21 años; y consumen más medicamentos: el 37% frente al 15%). Además, estas diferencias se mantienen aún a los 40 años. La readaptación, más que el castigo, como propone Leschied (2002), probablemente pueda reducir estos costes sociales, económicos y psicológicos.

TABLA I
Adaptación de adultos: muestras representativas y atribuidas

	30 años represent. atribuidas		40 años represent. atribuidas	
Comportamiento desviado				
Delincuencia oficial	11%	72%		
DELINCUENCIA AUTOCOMUNICADA	33%	90%	4%	21%
Consumo de drogas	68%	91%	32%	77%
Intentos de suicidio	2%	23%	2%	10%
Conducción bajo los efectos del alcohol			36%	55%
Adaptación social				
Titulación superior	80%	2%		
Trabajo	92%	51%	96%	76%
Trabajo sumergido	2%	19%		
Ayuda social	8%	43%		
Pareja	75%	51%	63%	32%
Conflictos frecuentes con la pareja	4%	13%	4%	10%
Amigos			93%	65%
Adaptación psicológica				
Consulta al psicólogo...			25%	40%
Inventario de Jesness				
Inadaptación social	41%	51%	39%	48%
Orientación hacia valores	40%	49%	38%	47%
Autismo	45%	54%	44%	51%
Alienación	42%	52%	41%	49%
Agresión manifiesta	39%	46%	37%	44%
Abandono	44%	53%	42%	50%
Ansiedad social	48%	52%	46%	49%
Negativa	52%	48%	59%	51%

La concentración de los problemas se manifiesta en el hecho de que una minoría de adolescentes es responsable de la mayoría de las actividades desviadas. En el ámbito de la delincuencia, Wolfgang y colaboradores dramatizaron, desde 1972, la distinción entre la delincuencia de ocasión y la delincuencia de condición con sus célebres estadísticas en las que se señalaba que el 6% de los individuos de una cohorte nacida en Filadelfia eran delincuentes conocidos de la policía y cometían el 52% de los delitos oficiales atribuidos por la policía a estos individuos y al menos el 66% de los delitos contra las personas. Después, estudios longitudinales en Inglaterra, Alemania, Estados Unidos y Suecia llegaron a proporciones totalmente comparables. Así, en Québec, la delincuencia persistente afecta en torno al 5% de los niños de una generación y el 11% de ellos se convertirán en delincuentes adultos (Le Blanc y Fréchette, 1989). Además, esos delincuentes representan en torno al 20% de los adolescentes que son detenidos por la policía y cerca del 45% de los adolescentes condenados por los tribunales de menores ya sea a libertad vigilada o a un régimen en el exterior de su familia. Dado que los delincuentes persistentes cometen anualmente al menos el 50% de las infracciones penales, constituyen un blanco privilegiado para la elaboración de las políticas sociales, así como para la intervención preventiva y curativa. Reduciendo las actividades delictivas de los delincuentes persistentes mediante la prevención y el tratamiento quizás sea posible reducir sustancialmente la delincuencia de los adolescentes. El sistema de justicia y readaptación de Québec parece tener éxito, ya que sus tasas de delincuencia son muy inferiores a las de Canadá en su conjunto.

La acumulación de problemas es evidente entre los adolescentes con dificultades. Por ejemplo, hemos establecido (Le Blanc, 1994) que el 15% de los adolescentes objeto de un mandamiento del tribunal abusan gravemente y desde hace mucho tiempo de sustancias psicotrópicas. A la inversa,

es cierto que el 20% de los adolescentes que abusan de sustancias psicotrópicas y reciben servicios de la red de ayuda en toxicomanía son delincuentes persistentes. Por otra parte, la cuarta parte de los adolescentes protegidos judicialmente han sido objeto ya de una medida en virtud de la Ley sobre jóvenes delincuentes y el 40% de los delincuentes, de una medida en materia de protección.

En resumen, la readaptación de los jóvenes delincuentes todavía es más necesaria hoy que antes debido al aumento de escala de la violencia y al agravamiento, la persistencia, la concentración y la acumulación de los problemas. Podríamos haber mencionado otras condiciones también para justificar la necesidad de la readaptación: por ejemplo, la falta de supervisión de los niños por el trabajo de los padres, la educación de muchos delincuentes en familias monoparentales, el aumento de la pobreza, las dificultades de acceso al mercado de trabajo, etc. Además, no hay que olvidar el eco del «baby boom» que acusará la sociedad hasta 2010 (Foot, 1996) y que incrementará el volumen de jóvenes delincuentes por razones meramente demográficas.

2. ¿Cuál es el nivel de éxito de la readaptación?

La cuestión del éxito de la readaptación de los jóvenes delincuentes se plantea así con exactitud. En efecto, con frecuencia sucede que la cuestión de la eficacia se formula de la forma siguiente: ¿es eficaz la readaptación de los jóvenes delincuentes? Es imposible responder adecuadamente a una pregunta como ésta. Intentamos darle una respuesta en nuestra evaluación de la readaptación en Québec, especialmente a través de los estudios longitudinales evaluativos en Boscoville y Boys' Farm. La respuesta era que la eficacia de la readaptación de los jóvenes delincuentes era moderada (Le Blanc, 1983a, b; Le Blanc y cols. 1998). Empleamos este

calificativo porque no todos los adolescentes tratados abandonaban por completo su conducta desviada, no todos mejoraban su funcionamiento psicológico y no todos conseguían su integración social.

TABLA II
Nivel de éxito de la readaptación:
proporción de reducción de la reincidencia

Prevención frente a readaptación (Losél, 2001)	28 frente a 22
Boscoville (readaptación de los adolescentes judicializados, Le Blanc 1983a)	32
Readaptación de los adolescentes con una delincuencia grave (Lipsey et Wilson, 1998)	
Comunidad Internado Total	
- 14	- 10
+ 18 a - 40	- 8 a - 38
	+ 18 a - 40
La readaptación (Lipsey, 1995)	
mejora el funcionamiento psicológico de	30%
mejora la reinserción social de	15%
Los métodos más eficaces con una delincuencia grave (Lipsey et Wilson, 1998)	
Comunidad Internado	
Efectos positivos y estables:	
Comportamentales	0,42
Hogar de grupo	0,28
Servicios múltiples	0,28
0,36	0,20
Efectos mixtos e inestables:	
Formación (escolar/empleo)	0,20
Libertad vigilada/condicional	0,15
Consejo	0,14
	0,14
	0,8

Hay quienes interpretaron, principalmente gestores y críticos de la psicoeducación, estas observaciones como una demostración de la ineeficacia de la readaptación de los jóvenes delincuentes; todavía sucede hoy. Otros, especialmente educadores sobre el terreno, no comprendieron el calificativo moderado, porque conocían a adolescentes que

habían conseguido salir del marasmo de la delincuencia. La verdadera pregunta es, pues, la siguiente: ¿cómo determinar un nivel de eficacia razonable? La comparación nos parece un método adecuado para identificar un nivel de eficacia realista, un nivel de éxito que pueda alcanzarse con los jóvenes delincuentes en unas condiciones adecuadas. Así, es posible dejar de lado el ideal, la eficacia total, porque no existe un tratamiento, en ningún ámbito, ni siquiera en medicina, que sea eficaz en todos los casos. Los psicoeducadores perseguían el objetivo de la eficacia total y nos decepcionó no encontrarla en nuestra evaluación de Boscoville. Veamos las conclusiones de nuestros trabajos en Québec y de los metanálisis norteamericanos sobre el grado de éxito de la readaptación (tabla II).

La readaptación de los delincuentes es tan eficaz como las intervenciones en psicología y educación. La cuestión esencial es saber si la readaptación de los jóvenes delincuentes es más o menos eficaz que las intervenciones curativas en psicología y educación. Lipsey y Wilson (1993) respondieron a esta pregunta y concluyeron, basándose en cifras, que las intervenciones sobre adolescentes con dificultades se comparan ventajosamente con las de los psicólogos y los educadores, e incluso con las de los médicos en el caso de diversas enfermedades.

La readaptación de delincuentes no presenta más fracasos que la prevención. Esta afirmación fue confirmada por el análisis de Lösel (2001), que compara los resultados de once metanálisis sobre readaptación y nueve metanálisis sobre prevención (un metanálisis es un análisis estadístico de los resultados de muchos estudios que comprenden un grupo experimental y un grupo control) (cuadro 2). En una escala de 0 a 100, los programas de prevención obtienen un 28, frente a un 22 los programas de readaptación. En resumen, la diferencia entre el nivel de eficacia

medio de la prevención y de la readaptación es mínima. Estos resultados significan que muchos casos, tanto en prevención como en readaptación, son fracasos. Además, los expertos añadirán que los adolescentes en readaptación presentan problemas diversificados y consolidados en comparación con los niños en prevención, cuyos problemas se encuentran en emergencia o en construcción. Por otra parte, Lösel señala que las características de los métodos más eficaces, tanto en prevención como en readaptación, son las mismas, muy especialmente los métodos derivados del enfoque cognitivo comportamental. En resumen, el método comparativo nos tranquiliza. Nos informa de que la readaptación de los jóvenes delincuentes es un objetivo alcanzable por un número limitado de individuos cualesquiera que sean los problemas de dichos individuos. Intentemos situar los umbrales mínimo y máximo de eficacia de la readaptación de jóvenes delincuentes.

La readaptación de los jóvenes delincuentes reduce su conducta delictiva. Los resultados obtenidos en Boscoville en el decenio de 1970 eran los siguientes (Le Blanc, 1983a, Le Blanc, 1985). El método psicoeducativo reducía la delincuencia autocomunicada de un 100% antes de la intervención a un 44% en los dos años siguientes; y disminuía la delincuencia oficial en un 18% en comparación con los adolescentes que sólo habían seguido en parte el tratamiento en Boscoville y en un 32% en comparación con una vasta muestra de delincuentes de Montréal. Hay que señalar que 25 años más tarde, Boscoville sigue manteniendo su ventaja sobre la muestra de delincuentes de Montréal (Le Blanc, 2001). Los metanálisis más recientes, que se basan en varios centenares de estudios evaluativos, precisan el nivel de eficacia mínimo que debe alcanzarse y el nivel máximo que pueden obtener los mejores métodos de readaptación (Lipsey, 1989, 1995). Limitémonos al metanálisis más reciente, el de Lipsey et Wilson (1998), que es especialmente significati-

vo porque se refiere a 200 estudios evaluativos relativos a adolescentes judicializados, en su mayoría reincidentes por infracciones al Código penal, es decir que abarca gran número de delincuentes persistentes. Con la delincuencia grave, una intervención de readaptación en la comunidad o en internado que reduzca en un 12% la reincidencia obtiene un resultado estadísticamente significativo, y un método que obtenga una reducción de la reincidencia de en torno al 40% marca el límite máximo de los métodos conocidos. No olvidemos que Boscoville obtenía el 32% hace una veintena de años.

La readaptación de los jóvenes delincuentes mejora su funcionamiento psicológico. De nuestros trabajos en Boscoville y Boys' Farm se desprende claramente que la readaptación produce un progreso de la madurez psicológica de los adolescentes con dificultades más rápido que entre los adolescentes no tratados y los adolescentes sin dificultades de adaptación durante el mismo período (Le Blanc, 1983 a, b). Lipsey (1995), en el marco su de su metanálisis de varios centenares de investigaciones evaluativas, sitúa en un 30% la progresión media en los grupos experimentales en comparación con los grupos de control. Se trata de una ganancia del 30% en cualquier escala de personalidad, pero esta media nos indica que las ganancias también pueden ser superiores en los programas más eficaces.

La readaptación de los jóvenes delincuentes facilita su integración social. Nuestros trabajos en Boscoville mostraban que los adolescentes tratados regresaban más a menudo a la escuela y se integraban más fácilmente en el mercado de trabajo (Le Blanc, 1983a). Lipsey (1995), en el marco de su metanálisis de varios centenares de investigaciones evaluativas, sitúa en un 15% esta ventaja media en los grupos experimentales en comparación con grupos de control. Se trata de una ganancia del 15% para distintas medidas

de reinserción social a corto plazo, pero esta media nos indica que las ganancias también pueden ser superiores en los programas más eficaces.

El contexto de la intervención de readaptación importa poco. Independientemente de la intervención sea ordenada por un tribunal o emprendida en un marco extrajudicial o que tenga lugar en un medio residencial o en la comunidad, los resultados en términos de reducción de la reincidencia son, a fin de cuentas, equivalentes. En efecto, Palmer (1994), como resultado de la compilación de ocho metanálisis y quince revistas de literatura, concluye que las intervenciones en cada uno de estos contextos son igualmente eficaces. Lipsey (1989), por su parte, demuestra que sólo existe una ventaja media de dos puntos entre la intervención en un contexto residencial (0,12) y en un contexto comunitario (0,14) (véase también Lipsey y Wilson, 1998, para la delincuencia grave) (cuadro 2). En consecuencia, el recurso al tribunal no representa una ventaja para la readaptación de los jóvenes delincuentes y el uso del internado no reduce el nivel de readaptación que puede producir un programa de readaptación.

No todas las medidas tienen el mismo efecto sobre los jóvenes delincuentes. A este respecto, Lipsey (1989) comunica datos que demuestran que la libertad vigilada reduce ligeramente menos la reincidencia (4%) que la intervención en una residencia situada en la comunidad (8%) y que el internado (10%) (cuadro 2). Por tanto, hay que concluir que los resultados dependen más de la naturaleza del programa de readaptación que de la medida ordenada por el tribunal.

Los métodos de readaptación no tienen el mismo efecto con todos los tipos de jóvenes delincuentes. Boscoville sostenía que el modelo psicoeducativo era aplicable a

todos los adolescentes con dificultades, pero nuestros resultados demostraban que la intervención tenía más éxito con los adolescentes que presentaban características neuróticas y de ansiedad que con aquellos de características más egocéntricas o rasgos psicopáticos (Le Blanc, 1983a). Estos resultados eran confirmados por nuestros trabajos en Boys' Farm (Le Blanc, 1983b) y, recientemente, para los adolescentes que abusan de sustancias psicotrópicas (Le Blanc, 1997a) (véase también Le Blanc y cols. 1998 para una revisión de la literatura sobre el tema). Después, se supo mejor que la aplicación de un método bien diseñado y bien dominado por un personal adecuado y competente no da resultados uniformes con todos los adolescentes (Lipsey, 1989; Lipsey y Wilson, 1998; Andrews y cols. 1990).

En resumen, ahora conocemos los límites de nuestros métodos de readaptación de jóvenes delincuentes y podemos fijar unos objetivos realistas a los organismos que tienen por misión su readaptación. Esos objetivos son reducir la reincidencia de un 30 a un 40% y hacer progresar la madurez psicológica en la misma medida. Habida cuenta de la magnitud y la naturaleza de las dificultades comportamentales, psicológicas y sociales que caracterizan a los jóvenes delincuentes, estos objetivos son totalmente razonables. No obstante, no podremos alcanzar esos objetivos sin respetar unas determinadas condiciones esenciales.

3. *¿en qué condiciones se consigue la readaptación de los jóvenes delincuentes?*

Las condiciones que favorecen la obtención de los mejores resultados con jóvenes delincuentes en régimen de custodia abierto o cerrado son demasiado numerosas para abordarlas todas hoy. Identificaremos cinco que consideramos fundamentales. Se trata de la duración de la medida, de

la integridad o la calidad de aplicación del programa de readaptación, de la naturaleza de los métodos que deben utilizarse y sus relaciones con las causas de la delincuencia y de la etapa de la reinserción social. Cada una de estas condiciones es insuficiente en sí misma para alcanzar los objetivos indicados en la sección anterior.

La duración de la medida debe ser la adecuada. La investigación evaluativa en Boscoville identificó dos resultados fundamentales sobre la duración de la readaptación (Le Blanc, 1983a). En primer lugar, los adolescentes que vivían en Boscoville más de dos años no realizaban ganancias apreciables en términos de desarrollo psicológico a partir de ese momento. En segundo lugar, las ganancias se obtenían tras una estancia de una duración de doce meses, pero variaban dependiendo de los adolescentes. Los metanálisis de Lipsey (1989; y Wilson, 1998) confirman que la eficacia aumenta con la cantidad de la intervención (duración y frecuencia de los contactos), tanto para los programas en la comunidad como, y aún más, para los programas en internado.

En Québec, una política ministerial ha eliminado las estancias de más de dos años y la Ley de protección de la juventud ha introducido revisiones obligatorias de las estancias en régimen de custodia. Ahora bien, todos los gestores y prácticos que trabajan hoy en los servicios residenciales reconocen que, ahora, una estancia de más de un año es rara, cuando no excepcional. A este respecto, el informe Jasmin (1995) aporta datos estadísticos que describen la duración de las medidas (cuadro 6). En 1984-1985, el régimen de custodia en medio cerrado de seis meses o menos representaba el 55% de los casos, mientras que en 1993-1994 ascendía al 80% de los casos y en 2001, al 91%. La evolución es aún más radical en el régimen de custodia en medio abierto, ya que en 1984-1985 representaba el 36% de los casos, en comparación con el 82% en 1993-1994 y el 89% en 2001.

La duración de la estancia en readaptación ha disminuido, por tanto, de forma considerable: una situación que dificulta la readaptación de la mayoría de los jóvenes delincuentes, pues nuestros trabajos demuestran que no se pueden esperar cambios realmente significativos antes de un año aproximadamente.

Cualesquiera que sean las causas de esta situación: el funcionamiento de los tribunales con arreglo a un modelo adulto, con la representación automática y la negociación de la defensa y de la medida (se trata probablemente de la causa principal), la falta de confianza en la readaptación, las tímidas demandas de los intervenientes en cuanto a la duración de la readaptación, etc., no es menos cierto que hay que encontrar soluciones a la inaceptable situación actual (la nueva Ley sobre el sistema judicial para adolescentes incluye disposiciones que pueden agravar la situación). Entre las soluciones posibles, es esencial que los informes previos a la decisión de los intervenientes en el tribunal sean más exigentes y más insistentes en relación con la duración de la estancia en readaptación. Sería útil que los intervenientes de los internados sacasen más provecho del hecho de que esos adolescentes acumulen varias estancias sucesivas, aunque cada una de ellas sea duración limitada. Quizás sería conveniente utilizar la Ley de protección de la juventud, al mismo tiempo que la Ley sobre los jóvenes delincuentes, para ampliar la duración de la estancia de los jóvenes delincuentes en readaptación; etc.

La calidad de la intervención debe ser óptima. La readaptación se ha hecho uniforme y trivial en los internados de Québec que mantienen una custodia en régimen abierto o cerrado. Le Blanc (1998) comunica un análisis de datos sobre el ambiente de equipo y el ambiente social en algunos internados de Montréal durante los años 1970 y 1990. Dichos datos permiten observar que todos los internados obtienen ahora las mismas medias, en torno a 6 sobre

10, y que las variaciones son reducidas, entre 5 y 7. La calidad de la readaptación aumentó en un internado; se mantuvo estable en otro; y se redujo en un último. Lipsey (1989; y Wilson, 1998) y Andrews y cols. (1990) confirman que la integridad del programa (historia, contexto, personal educativo, etc.) aumenta su éxito, especialmente en internado.

La experiencia nos enseña que, para mejorar la calidad de la readaptación de los jóvenes delincuentes en régimen de custodia, hay que limitar la desaparición de los adolescentes de las unidades de readaptación. Los jóvenes delincuentes en régimen de custodia abierta pocas veces están presentes en las unidades, porque están en la escuela, en salida de fin de semana, en centros de ocio, etc. En consecuencia, la intensidad de la acción de readaptación es baja. Además, el medio natural, denominado normativo (la escuela polivalente, la familia, la comunidad), no ofrece los servicios especializados necesarios para individuos con dificultades graves de adaptación. Por ejemplo, las escuelas no disponen de programas escolares especiales para adolescentes que presentan dificultades escolares y dificultades psicosociales muy serias, como los jóvenes delincuentes que reciben un mandamiento de custodia cerrada. En este contexto, por qué los educadores en readaptación los devuelven a esos medios, en vez de supervisarlos en internado y ofrecerles un programa intensivo, como en el pasado, para maximizar así el impacto de la readaptación. En segundo lugar, la insuficiente intensidad de la readaptación probablemente pueda explicarse por la falta de adecuación de las actividades de aprendizaje. ¿Habrá que sustituir quizás la alfarería o la carpintería por la informática, y los debates en grupo por sesiones de habilidades de comunicación y de resolución de problemas? También hay que mencionar la falta de rigor en la conducción de las actividades de aprendizaje. Los educadores, según nuestras observaciones en distintos medios, son quizás menos sistemáticos que antes al aplicar las operaciones profesionales del método psicoeducativo (véase Le Blanc y cols., 1995).

Además, la insuficiente intensidad de la readaptación resulta de la fragmentación de la formación de los educadores: formación en el CÉGEP y en la Universidad, formación en distintas disciplinas, formación en distintos lugares con conceptos diferentes, formación universitaria que favorece la prevención y denigra la readaptación. Hay que mencionar también la formación durante el empleo, que generalmente es teórica, porque no incluye aplicaciones supervisadas.

Cualesquiera que sean las razones del estancamiento de la calidad de la readaptación en Québec, hay que actuar, porque las investigaciones demuestran que la calidad de la readaptación es la mejor garantía de éxito, especialmente en internados. La evaluación de Boscoville (Le Blanc, 1983a) demostró que el internado psicoeducativo presentaba una ventaja cierta sobre los demás. Aunaba un concepto teórico, un medio físico, un programa, un sistema clínico y un personal que formaban un todo homogéneo. De ello resultaba, según los datos comparativos analizados, una calidad de aplicación de la intervención que superaba con mucho lo que se hacía en otros lugares en Québec y en otros países. Del análisis resultó, especialmente a partir de la comparación con Boys' Farm (Le Blanc, 1983b), que lo que marcaba la diferencia era la formación y la dirección del personal. En Boscoville, se daban unas condiciones favorables para la adquisición de saber, el dominio del saber hacer y el desarrollo del saber estar. Se reconocía al educador como el instrumento principal de la reeducación de los adolescentes con dificultades.

Los métodos de readaptación deben ser los adecuados. Los metanálisis de Lipsey (1989, y Wilson, 1998), Palmer (1994) y Andrews y cols. (1990) son claros en cuanto a los métodos más y menos eficaces para los adolescentes que presentan, especialmente, una delincuencia grave (cuadro 2). Ya se apliquen en la comunidad en el marco de una libertad vigilada o en régimen de custodia abierta o cerrada,

los métodos comportamentales ocupan el primer puesto; les siguen la dispensación de servicios múltiples, la formación escolar y la iniciación al trabajo y, en último puesto, figura el «consejo» o *counseling*. Los demás métodos, como la reducción del *case-load*, los desafíos en la naturaleza, la disuasión, la formación profesional y los *boot camps*, presentan por lo general resultados muy bajos y en ocasiones negativos.

El consejo y la introspección («*counseling*») es uno de los métodos menos eficaces, ya sea en sus formas individual, de grupo o familiar. El consejo y la introspección, cualquiera que sea el enfoque teórico adoptado por el educador, es en el actualidad el principal método empleado en materia de intervención en libertad vigilada y en régimen de custodia abierta o cerrada, y probablemente sea así en todas partes en Canadá. Consiste en conversaciones entre el educador y el adolescente sobre aspectos afectivos, cognitivos, sociales, comportamentales, etc. de la vida del adolescente; las conversaciones son dirigidas por el educador durante reuniones más o menos regulares con éste o su grupo; en ocasiones, los padres y los profesores participan en los debates. Todas estas actividades deberían llevar al adolescente a optar por un estilo de vida convencional y superar algunas de sus dificultades psicológicas y sociales de adaptación. La mayoría de estas intervenciones tienen lugar en el despacho del educador. Por consiguiente, podría lograrse una mejora inmediata de los resultados de la readaptación utilizando los métodos más eficaces cualquiera que sea la medida ordenada por el tribunal. Ahora bien, es bien sabido que estos métodos no tienen un éxito equivalente con todos los adolescentes con dificultades. Por ello, en nuestro libro *«Intervenir autrement»* (Le Blanc y cols. 1998), proponemos una estrategia diferencial que comprende dos métodos. El método cognitivo comportamental para los adolescentes poco socializados y el método cognitivo del desarrollo para los adolescentes ansiosos, que sacan más provecho del enfoque del consejo y la introspección.

Es necesaria una fase de reinserción social tras un período de readaptación en internado. Es lo que demostraban nuestros análisis comparativos (Le Blanc, 1983b). En Boscoville, no había seguimiento de reinserción social sistemática durante un período determinado. Los educadores ayudaban a los adolescentes a preparar su salida sin más (dónde vivir, trabajar, estudiar, etc.). El estudio del futuro de esos adolescentes demostró dos cosas. Primero, los resultados, transcurrido un año de la estancia en Boscoville, dependían más de las condiciones de vida durante ese período que de los logros durante la estancia. Resultaban más de las relaciones con los padres, del trabajo conseguido, de los nuevos amigos, etc. que de las habilidades psicológicas y sociales desarrolladas durante la estancia en custodia abierta. Segundo, si algunos adolescentes mantenían sus logros de la estancia en internado, otros en cambio los perdían en gran parte. Por otro lado, la evaluación de Boys' Farm indicaba que un seguimiento individual tras una estancia en internado facilitaba la reinserción social. Hay que señalar que, hoy, la reinserción social, que no existía o era parcial tras la estancia en Boscoville y en los demás internados, ha caído en el olvido. No constituye una preocupación para los gestores y los educadores sólo la practican de modo informal.

La nueva ley canadiense sobre el sistema de justicia penal para adolescentes obliga a una fase de reinserción social en la forma de una libertad vigilada o de una libertad condicional subsiguiente al régimen de custodia. No obstante, la redacción de esta parte de la ley lleva a pensar que existe un riesgo seguro de que, como en los adultos, esta posibilidad se convierta en una forma automática de reducir la duración de estancia en régimen de custodia y reducir así considerablemente (quizás en dos tercios) el período de un año, que es tan esencial para obtener los resultados esperados de los programas de readaptación.

El programa de readaptación debe reflejar las causas de la delincuencia. El modelo psicoeducativo descansaba en una idea de las causas de la delincuencia de naturaleza únicamente psicológica, más concretamente en el desarrollo del yo (Le Blanc, 1983). Los metanálisis del decenio de 1990 indican que se trata del camino a seguir (Andrews y cols. 1990; Gendreau y Goggin, 1996; Lipsey y Wilson, 1998). Sostienen que el contenido del programa de readaptación debe corresponderse con los conocimientos científicos sobre las causas de la delincuencia. El modelo psicoeducativo se limitaba a un único ámbito de causas; nosotros hemos propuesto una teoría de la regulación de la emergencia y el desarrollo de la conducta delictiva que es más comprensivo (Le Blanc, 1997b).

Hemos puesto a prueba esta teoría en nuestros estudios transversales y longitudinales (1997c) y en instituciones como la familia (Le Blanc, 1992), la escuela (Le Blanc y cols. 1992, 1993), las obligaciones (Le Blanc, 1995), la personalidad (Fréchette y Le Blanc, 1987) y los modelos prosociales (Le Blanc y Morizot, 2001). Dicha teoría propone un modelo de las causas que las divide en seis categorías: el estatuto social, la capacidad biológica, los vínculos sociales, el alocentrismo, las influencias prosociales (actividades e iguales) y las obligaciones. Además, especifica las relaciones entre estos ámbitos de causas transversal y longitudinalmente. Las variables del cuadro 2 ilustran el contenido operativo de algunas de estas causas. Hemos favorecido las causas actuales, que reflejan una deficiencia en el desarrollo psicológico y social del adolescente (Fréchette y Le Blanc, 1987). El análisis de esas causas ha conducido a tipologías (trayectorias delictivas (Fréchette y Le Blanc, 1987), del funcionamiento de la familia (Le Blanc y Bouthillier, 2001), de la experiencia escolar (Le Blanc, inédito) y de la personalidad (Morizot y Le Blanc, inédito b)) que facilitan el pronóstico y determinan el contenido de la intervención. Por ejemplo, una familia poco hábil no requiere la misma intervención que una familia conflictiva. Una delincuencia

persistente y grave no exige el mismo tipo de custodia que una delincuencia explosiva.

Una teoría de las causas de la delincuencia es inútil sin un instrumento de evaluación de los jóvenes delincuentes. Hemos construido y validado el MASPAQ (Medidas de adaptación personal y social para los adolescentes de Québec: Le Blanc, 1996). Se trata de una entrevista estructurada de unas dos horas de duración que permite inventariar las causas de la conducta delictiva de un adolescente de acuerdo con nuestra teoría (un programa informático recoge un centenar de escalas estandarizadas sobre varios miles de adolescentes y un millar de adolescentes judicializados). Como resultado de esta entrevista, es posible formular un pronóstico y un diagnóstico y preparar un plan de intervención detallado (en colaboración con la Fundación Internacional O'Belén). Este instrumento ha sido validado en España, el MASPAE, y por tanto, está disponible.

En resumen, son necesarias cinco condiciones fundamentales para que un programa de readaptación tenga una oportunidad válida de obtener los resultados de los mejores programas conocidos. La duración de la readaptación en régimen de custodia, ya sea abierta o cerrada, de los jóvenes delincuentes debe ser de en torno a un año e incluir una fase de reinserción social. Ahora bien, la readaptación no alcanzará los resultados esperados con los jóvenes delincuentes si no se utilizan los métodos más eficaces y sin una integridad o una calidad elevada de los programas de readaptación. Una evaluación sistemática y rigurosa del joven delincuente es esencial para elegir el programa de readaptación que le conviene en función del espectro de causas de la delincuencia que le son propias.

4. ¿Cuán es la estrategia de readaptación que parece más rentable para los jóvenes delincuentes?

Hemos visto que el principal método de intervención es el consejo y la introspección y que se trata de uno de los

métodos menos eficaces con los jóvenes delincuentes. En cambio, hemos indicado que otros métodos son más eficaces; nos referimos a los enfoques cognitivos comportamentales. Existen conocimientos sobre el contenido y el modo de aplicar esos métodos (véase por ejemplo para los métodos cognitivos Le Blanc y cols. 1998). El desafío consistiría entonces en apropiarse de esos métodos mediante la investigación y el desarrollo, la formación del personal y su implantación sistemática. Ahora bien, es evidente que estos métodos no son una panacea. La experiencia de su implantación nos ha enseñado que sólo son aplicables en la medida en que las bases de la acción educativa sean sólidas. Hemos visto que el método psicoeducativo permitía ya reducir considerablemente la reincidencia. En consecuencia, los métodos más eficaces no deben ser un sustituto de un buen método de base. Esta es la opinión que defendemos. Estamos convencidos, a partir de nuestras experiencias de implantación de estos métodos, que la mejora de la calidad de la readaptación pasa en primer lugar por una reapropiación de la herencia psicoeducativa de Québec.

4.1. La herencia ineludible es la psicoeducación

En nuestra opinión, la psicoeducación clásica, tal como se practicaba en Boscoville y Sainte-Hélène en los decenios de 1970 y 1980, nos ha dejado cuatro herencias ineludibles. Una especie de casa de la intervención. Se trata de las actitudes y operaciones profesionales básicas del educador, del desarrollo y la dirección de las actividades reeducativas, de la utilización del grupo, ya se trate del equipo de educadores o del grupo de adolescentes, y de la organización del medio de vida. Inspirándose en esta herencia será posible superar el 10-12% de eficacia media que comunican los metaanálisis y los resultados obtenidos en Boscoville, un 30% de éxito.

La psicoeducación recomienda unas actitudes básicas de los educadores, **un saber estar**, y sugiere unas operaciones profesionales polivalentes, **un saber hacer**, que los educadores de hoy se quejan de no poder actualizar por completo según el informe Gendreau y Tardif (1999). Esas actitudes profesionales, llamadas también esquemas racionales por Gendreau (1978, 2001), deben ser adquiridas, dominadas y sobre todo manifestadas día a día por el educador. Son características básicas necesarias para convertirse en un educador de adolescentes con dificultades y hay que aportar a los educadores medios de formación durante el empleo para optimizarlas. Se trata de actitudes de confianza, de congruencia, de disponibilidad, de empatía y de seguridad. Se consideran actitudes necesarias para el establecimiento y el mantenimiento de la relación de ayuda o de acompañamiento. Por su parte, las operaciones profesionales son acciones claramente definidas y voluntariamente desempeñadas por el educador en el marco de su trabajo. El educador, considerado el principal agente de intervención, comparte distintos momentos vitales con los adolescentes, y debe crear y ofrecer constantemente unas condiciones de vida adecuadas para suscitar el desarrollo personal. El dominio y la puesta en práctica de las distintas operaciones profesionales le permiten actualizar su papel en la vivencia cotidiana. Las operaciones profesionales que deben ejecutarse son las siguientes: la observación, la evaluación diagnóstica, la planificación, la organización, la animación, la utilización, la evaluación postsituacional y la comunicación.

La segunda herencia que ha dejado la psicoeducación clásica es el modo de concebir, organizar y llevar a cabo **actividades**. Los educadores de hoy se quejan de la falta de programación y la falta de tiempo para desarrollar actividades de aprendizaje (Gendreau y Tardif, 1999). Más bien deberían preguntarse por qué las actividades son tan difíciles de realizar regularmente. La primera razón probablemente sea la desaparición de los adolescentes de los medios de re-

adaptación, como hemos indicado anteriormente. Los componentes que deben presidir el diseño, el desempeño y la evaluación de las actividades seleccionadas por Gendreau (1978, 2001) son los siguientes: características de los adolescentes y de los educadores, fines de la actividad y objetivos que deben perseguirse para cada uno de los adolescentes, contexto espacial y temporal de la actividad, contenido de la actividad y medios de puesta en relación de los elementos, código y procedimientos, sistema de sistema de responsabilidades y sistema de evaluación y reconocimiento.

La tercera herencia de la psicoeducación clásica es la importancia del **grupo**. El grupo abre al adolescente a la dimensión social de la realidad. Un pequeño grupo constituye una microsociedad, con una estructura y una organización social de naturaleza formal e informal. El grupo sostiene la acción del educador. Los educadores intervienen en y por el grupo. El grupo es como el equipo. Si el educador es el eje de la intervención, el equipo es el modo de vida de los educadores. En efecto, los educadores de un grupo de adolescentes deben compartir las presencias y las tareas de organización y animación de la vida del grupo. El equipo se constituye, por tanto, a partir de un conocimiento de las complementariedades y una aceptación de la ayuda recíproca. El equipo se contempla como una entidad terapéutica que actúa sobre los adolescentes. Se manifiesta a través de una cooperación en todo momento entre los educadores, es decir, una ayuda recíproca que descansa en la habilidad para comunicarse con el otro y comprenderlo en su vida profesional. Este ejemplo de comprensión y cooperación entre los educadores debería servir a los adolescentes en su proceso de readaptación.

El enfoque del **medio** es la cuarta herencia que nos ha dejado la psicoeducación clásica. En el centro de este enfoque volvemos a encontrar el concepto de medio, que Gendreau (1978, 2001) presenta como el conjunto estructural dinámico que constituye el internado en su conjunto. El carácter es-

tructural del medio procede del hecho de que comprende diez componentes y el conjunto así creado representa más que la suma de los mismos. En cuanto al carácter dinámico del conjunto, reside en que toda modificación de uno de los componentes tiene repercusiones sobre los demás, así como sobre el propio conjunto. Precisemos que Gendreau toma el concepto de medio en un sentido muy amplio –un conjunto dinámico de componentes y sus interrelaciones–, de modo que la estructura de conjunto que propone puede utilizarse, por ejemplo, para organizar una institución, una unidad de vida o un programa completo. Los componentes del medio elegidos por Gendreau (1978, 2001) son los siguientes: los adolescentes o la clientela de un medio, los animadores, los fines y objetivos, el contexto espacial, el programa, el contexto temporal, los medios de puesta en relación, el código y los procedimientos, el sistema cívico, y el sistema de evaluación y de reconocimiento (cotización).

Estas cuatro herencias constituyen en nuestra opinión la **casa de readaptación de los jóvenes delincuentes**. Se podría presentar así: los cimientos son los educadores; los muros y el tejado serían el enfoque del medio; las divisiones podrían ser las actividades y el grupo. Ahora, hay que decorar y amueblar la casa. Este papel lo desempeñan las opciones de la estrategia diferencial, el método cognitivo comportamental y el método cognitivo del desarrollo. A menudo sucede, desde la publicación del libro *«Intervenir autrement»*, que los educadores se esfuerzan por cambiar el mobiliario y decorar una casa en ruinas y con los cimientos agrietados, los muros frágiles o el tejado con goteras. No es lo que proponemos: primero, hay que renovar la casa para hacerla habitable y, después, implantar uno de los métodos que proponemos. Lo que llamamos optimización del enfoque psicoeducativo básico. Estamos convencidos de que la implantación del enfoque diferencial permitirá superar el muro del 30% de eficacia que alcanzan los mejores métodos conocidos de readaptación.

4.2. El método cognitivo comportamental

Los resultados de los metaanálisis son claros: el método cognitivo comportamental obtiene los mejores resultados con todos los adolescentes con dificultades (Andrews y cols. 1990; Lipsey, 1989; Lipsey et Wilson, 1998). En el marco de la estrategia diferencial, hay que precisar primero a qué tipo de adolescentes con dificultades va dirigida la intervención cognitiva comportamental. Las evaluaciones de estas intervenciones no informan realmente sobre este punto. Todo lo más sugieren que esta intervención no es eficaz con todos los adolescentes con dificultades, dado que los resultados obtenidos no son generalizados. Por otra parte, los pocos trabajos existentes sobre el emparejamiento de tipos de adolescentes con dificultades y métodos de intervención indican que las intervenciones cognitivas comportamentales dan mejores resultados con adolescentes con rasgos psicopáticos, inmaduros y con una capacidad de introspección baja (Jesness y cols. 1972; Jesness y Wedge, 1983; Quay, 1987; Brill y Le Blanc, 1978). No obstante, las intervenciones de este tipo no están desaconsejadas para los demás adolescentes con dificultades. Pueden ser insatisfactorias porque no utilizan todas las capacidades de los adolescentes más evolucionados.

Por lo que se refiere a la finalidad de esta forma de intervención, hay que resaltar que este tipo de programa de intervención no sólo persigue una reducción de la frecuencia de las cogniciones y los comportamientos antisociales, sino también el aumento de la frecuencia de las cogniciones y los comportamientos prosociales. Sus objetivos generales son los siguientes: que los adolescentes abandonen poco a poco las actitudes y comportamientos desviados y delictivos; que adquieran habilidades intra e interpersonales prosociales específicas; y que generalicen sus aprendizajes en la vida corriente. Por su parte, los objetivos concretos son los siguientes: los adolescentes deberían mejorar sus habilidades

interpersonales adoptando modos prosociales de entrar en relación, desarrollando la cooperación y reclutando personas significativas prosociales; aprender a resolver problemas en sus relaciones interpersonales de forma socialmente aceptable; aprender a dominar la cólera y la agresividad; mejorar sus habilidades interpersonales, en particular las de percepción de las situaciones, empatía y regulación de la tensión; corregir las distorsiones cognitivas favorables a la delincuencia y a la desviación, identificándolas, cuestionándolas y adoptando una conducta alternativa socialmente aprobada; además, deberían participar en la vida de grupo mediante la comprensión y la utilización de los procesos de grupo. Estos aprendizajes se recogen después en la familia, en la escuela y con sus iguales para generalizarlos.

Con el propósito de alcanzar estos objetivos cognitivos y comportamentales, el programa presenta cuatro capítulos. El primero es de índole individual: comprende una evaluación de los excesos y los déficit, y conduce a un plan de intervención integrado por contratos comportamentales, realizándose el seguimiento de estos últimos mediante las auto-observaciones. El segundo capítulo consiste en actividades de aprendizaje en grupo; las cuatro actividades que constituyen los ejes de este capítulo son las habilidades sociales, la regulación de la cólera y la tensión y la resolución de un problema. El tercero se refiere al medio de custodia; se trata de la organización de las actividades de la vida cotidiana y, principalmente, del sistema de responsabilidades, que especifica los derechos y deberes, pero también las recompensas y los castigos. El cuarto capítulo tiene por objeto el medio de vida del adolescente: su familia, su experiencia escolar o laboral, sus amigos; contempla el apoyo a la generalización de los aprendizajes.

El capítulo individual. Aparte de los criterios generales que definen el marco de la intervención cognitiva comportamental, es útil presentar también la secuencia general de

las actividades de evaluación clínica que comprende. En primer lugar, durante las dos primeras semanas de estancia del adolescente en la unidad de intervención cognitiva comportamental, deben realizarse observaciones sobre los comportamientos problemáticos del adolescente y las circunstancias en que se producen. Durante ese mismo período, se recoge también información sobre la adaptación social y personal del adolescente a través de una entrevista estandarizada con el mismo (MASPAQ, Le Blanc 1996; MASPAE, 2003) y los miembros de su familia, así como con intervenientes que se han ocupado ya de él.

Esta información, procedente de distintas fuentes, sirve de base para la primera síntesis evaluativa, que comprende un análisis de los excesos y los déficit del adolescente, así como análisis funcionales relativos a algunos de sus comportamientos problemáticos. El análisis funcional consiste en una secuencia que pone de manifiesto un comportamiento problemático, los estímulos discriminantes antecedentes de éste, así como las consecuencias derivadas del mismo (recompensas, castigos). Los antecedentes y las consecuencias del comportamiento pueden ser internos, es decir cognitivos y afectivos, o externos a la persona, medioambientales. En cuanto al análisis de los excesos y los déficit, consiste en enumerar, teniendo en cuenta el nivel actual de adaptación social y personal del adolescente, los rasgos antisociales del mismo, es decir los excesos, así como las alternativas prosociales que debería adoptar, es decir los déficit. Los excesos, al igual que los déficit, se refieren a comportamientos, sensaciones, cogniciones, emociones y situaciones. Evidentemente, en el primer análisis de los excesos y los déficit, los datos relativos a las sensaciones, cogniciones y emociones son parciales y limitados. Pero en los análisis posteriores, los datos contenidos en las autoobservaciones del adolescente y los comunicados directamente a los intervenientes en entrevistas individuales, permiten aclarar los capítulos cognitivos y afectivos.

Una vez completada la primera síntesis de esta evaluación, se prepara un primer contrato comportamental. Dicho contrato indica el comportamiento problemático que debe evitarse (exceso) y el comportamiento alternativo que debe alejarse (déficit), en ambos casos en situaciones concretas. El contrato especifica asimismo las consecuencias asociadas a su observancia y a su violación. El contrato es redactado por los miembros del equipo de educadores tras presentarlo al adolescente y, en la medida de lo posible, a su familia. El adolescente y su familia colaboran en la redacción del contrato proponiendo agentes de refuerzo significativos. Los agentes de refuerzo externos (por ejemplo, dinero, minutos de teléfono) no constituyen un fin en sí mismos, sino que son, más bien, incentivos para el cambio. El contrato comportamental tiene una duración limitada, uno o dos meses por ejemplo, y va seguido de otros contratos durante todo el período de readaptación.

Por último, las autoobservaciones diarias, sobre elementos del contrato comportamental y sobre las habilidades adquiridas en los talleres de aprendizaje, favorecen la responsabilización del adolescente y el desarrollo de una cierta autonomía entre los adolescentes que participan en un programa cognitivo comportamental.

El capítulo de los talleres de aprendizaje en grupo. Los talleres de aprendizaje sirven para la adquisición de habilidades de relación y para el control de las emociones, que suelen ser deficitarios entre los adolescentes con dificultades. No hay que decir que su pertinencia varía para cada adolescente y cada grupo de adolescentes y en función de los temas abordados. No obstante, más allá de las variaciones en la pertinencia individual de los contenidos abordados, estos talleres favorecen el desarrollo de una cohesión de grupo que descansa en una base prosocial. Cada semana se realizan cuatro actividades de aprendizaje entre las siguientes: aprendizaje de habilidades sociales, cooperación, compren-

sión y utilización de los procesos de grupo, control de la cólera y de la agresividad, reclutamiento de personas significativas, percepción de las situaciones, resolución de problemas, debate sobre dilemas sociomorales, empatía y regulación de la tensión. Cada taller consta de doce a quince sesiones semanales. La generalización de los aprendizajes resulta facilitada por la repetición de estas sesiones en ciertas ocasiones durante el período de readaptación. En algunas sesiones, los talleres relativos a las habilidades sociales, la regulación de la cólera y la tensión y la resolución de problemas pueden ser sustituidos, según las necesidades de los adolescentes, por otros talleres de la lista anterior.

El capítulo del medio de custodia. Con el fin de crear unas condiciones que incrementen la utilidad de los contratos comportamentales y de los talleres de aprendizaje, el entorno de la unidad de custodia debe organizarse de un modo especial. El método psicoeducativo básico sirve para ello. Así, cada semana, las actividades escolares y recreativas en que participan los adolescentes deben favorecer el empleo de las habilidades prosociales en emergencia. Además, los intervenientes han de efectuar observaciones sobre los elementos de los contratos comportamentales de cada adolescente y sobre los contenidos de los talleres que los adolescentes deben practicar durante la semana (así, la habilidad para formular una crítica aprendida en el taller de entrenamiento en las habilidades sociales debe reforzarse en todas las demás actividades a lo largo de la semana). Por otra parte, en lugar del sistema de fichas, difícil de gestionar y mercantilista, se opta por un sistema de sistema de responsabilidades que completa el capítulo colectivo de la intervención cognitiva comportamental, conforme al modelo básico de la intervención. El sistema de sistema de responsabilidades tiene por objeto integrar al individuo en el grupo de adolescentes y, sobre todo, en la estructura social que constituye la unidad, el medio de vida del adolescente.

El sistema de sistema de responsabilidades es la estructura social de la unidad y del medio de custodia. Comprende tareas, derechos y deberes, recompensas y sanciones, un código de vida y papeles formales. Se aplica de acuerdo con los principios de la individualización, la graduación y el momento propicio.

El capítulo comunitario. Si el joven delincuente no se encuentra en régimen de custodia, por ejemplo si está en libertad vigilada o participa en un programa de readaptación en la comunidad, el capítulo del medio de custodia se sustituye por el capítulo comunitario. Si el joven delincuente se encuentra en régimen de custodia, este último capítulo se añade durante su estancia o durante la fase de reinserción social. Dado que los iguales antisociales alientan las actividades delictivas del joven delincuente, habrá que ayudarlo a sustituir su red de iguales antisociales por iguales prosociales. Habrá que intervenir ante su familia con las técnicas individuales y las actividades de aprendizaje del enfoque cognitivo comportamental en función del estilo de funcionamiento de la familia (adecuado, poco hábil, conflictivo, desviado o represivo: Le Blanc y Bouthillier, 2001), y ello manteniendo al mismo tiempo un sistema de responsabilidades.

En resumen, el método cognitivo comportamental comprende intervenciones de índole individual, de grupo, de medio de custodia y comunitario. Hace hincapié en intervenciones intensivas sobre un número limitado de objetivos significativos. A nuestro entender, más vale intervenir de forma intensiva sobre un número limitado de elementos significativos que tratar brevemente un número mayor de ellos. Con el propósito de favorecer la intensidad de la intervención, los componentes del programa se coordinan para que los adolescentes puedan experimentar y desarrollar las habilidades indicadas en el contrato comportamental y

aprendidas en los talleres de aprendizaje. Por último, se busca la ayuda de los padres de los adolescentes para conseguir la continuidad entre la intervención en internado y los esfuerzos de la familia. En una intervención en medio no residencial, el capítulo medio de custodia es sustituido por el capítulo comunitario. Los otros dos capítulos se aplican, la componente individual con el análisis de los excesos y los déficit, los contratos comportamentales y las autoobservaciones, y el capítulo de los talleres de aprendizaje, necesariamente con las habilidades sociales, la regulación de la cólera y la tensión y la resolución de problemas.

4.3. El método cognitivo del desarrollo

El modelo de intervención diferencial admite el enfoque cognitivo del desarrollo como complemento del método psicoeducativo porque algunos tipos de adolescentes con dificultades pueden responder mejor a este tipo de intervención. Presumimos que es así a partir de nuestros trabajos sobre los efectos del método psicoeducativo clásico. Éstos demostraban que los adolescentes neuróticos o ansiosos sacaban más provecho de esta forma de intervención (Le Blanc, 1983). Algunas investigaciones sobre la intervención con adolescentes ansiosos (Gold y cols. 1989; Atwood y cols. 1989) muestran que estos últimos se benefician más de un tratamiento en internado basado en la influencia constante y positiva de los demás adolescentes y que comprenda una terapia de grupo y el apoyo personal de un adulto. Las recomendaciones de Jesness y Wedge (1983) y de Quay (1987) para los adolescentes con dificultades con un nivel alto de ansiedad y de introspección van en el mismo sentido y se basan en estudios experimentales. Sin embargo, esta hipótesis no ha sido confirmada aún por los metaanálisis. En resumen, un medio que favorece la introspección, una relación con un adulto comprensivo y una experiencia en un

grupo orientado positivamente y que goce de autonomía y responsabilidades facilitaría la readaptación de los adolescentes con dificultades que presentan rasgos neuróticos. Es justamente lo que el enfoque cognitivo del desarrollo propone con el debate de dilemas sociales y morales y la comunidad justa. Estas técnicas no son necesariamente deseables con los demás adolescentes con dificultades, pero pueden resultar más difíciles de aplicar.

Los objetivos generales de un programa de intervención cognitiva del desarrollo son: que los adolescentes abandonen progresivamente las actitudes y comportamientos marginales; que progresen en el plano del razonamiento moral y en el plano de la competencia en las relaciones interpersonales; que aprendan a preocuparse por los demás y trabajen por crear un clima social positivo en su medio vital; y que apliquen lo que han aprendido en su vida corriente. En cuanto a los objetivos particulares, mencionaremos los siguientes: los adolescentes aprenden a respetar las normas y las convenciones sociales, participando en la elaboración y la revisión de las normas de su comunidad y participando en los mecanismos establecidos para hacer respetar dichas normas; aprenden a asumir responsabilidades en el seno de su comunidad y a dar cuenta a los miembros de esta última de su modo de asumirlas; aprenden a reconocer sus distorsiones cognitivas, que favorecen la delincuencia y la desviación, a cuestionarlas y a corregirlas mediante la adopción de razonamientos más aceptables socialmente; aprenden a descubrir sus comportamientos de riesgo y descubren el sentido que tienen para ellos; aprenden a negociar sus necesidades con los demás, en particular entrenándose para resolver sus conflictos interpersonales de una forma socialmente aceptable; y contribuyen a mejorar la atmósfera social de la comunidad.

El capítulo individual. Selman (1993) afirma que, para ayudar a los adolescentes con dificultades, los intervenientes deben comprender e intervenir en tres planos: la comprensión

y el conocimiento que tiene el individuo de sus comportamientos de riesgo y del contexto en que se encuentra, el significado que concede a esos comportamientos, y su capacidad para gestionar su conducta, es decir, su nivel de estrategia de negociación interpersonal. Con esta perspectiva, se ha adaptado, a partir de un instrumento experimentado por Selman y Schultz con docentes de escuelas, un instrumento de evaluación de los comportamientos de riesgo y de las estrategias de negociación interpersonal de los individuos (Dionne, 1993). Los intervenientes completan dicho cuestionario basándose en sus observaciones del adolescente en los dos últimos meses. Deben identificar, a partir de la información que poseen sobre el mismo, sus comportamientos de riesgo antes de la entrada en el internado y los que ha presentado desde que vive en la unidad, y pronunciarse sobre los comportamiento de riesgo que puede adoptar a la salida del internado. Además, los intervenientes evalúan el nivel de conocimiento que tiene el adolescente de los riesgos asociados a los comportamientos de riesgo. Valoran también su nivel de perspectiva interpersonal y de juicio moral a lo Kohlberg, basándose en observaciones efectuadas en sus intercambios con él (interacciones en grupo y en reuniones individuales). Se trata de la dimensión conocimiento y comprensión. En la segunda sección del cuestionario, emiten una o varias hipótesis sobre el significado que concede el adolescente a esos comportamientos. En la tercera parte, examinan su nivel de estrategia de negociación interpersonal, sus relaciones interpersonales y su capacidad de resolución de un problema. Este cuestionario, que es un complemento del MASPAQ (Le Blanc, 1996), tiene por objeto ayudar a los intervenientes a preparar o revisar el plan de intervención individualizado del adolescente y a precisar más la dimensión de desarrollo de la competencia interpersonal y moral del adolescente.

El capítulo de los talleres de aprendizaje. Este capítulo debería comprender dos actividades de reflexión: una

sobre dilemas morales y otra sobre situaciones interpersonales hipotéticas basadas en una actividad de resolución de problemas. Estas actividades se realizan cada semana. Además, cada adolescente debería disfrutar al menos de una reunión personalizada de acompañamiento educativo y de una reunión periódica en la que estén presentes su familia y él mismo. Por otra parte, los educadores emplean el cuestionamiento estructural durante las actividades de aprendizaje, las reuniones individuales y, si procede, durante las actividades de la vida corriente.

El capítulo del medio de custodia: la comunidad justa. Este tipo de comunidad requiere la existencia de una serie de actividades de grupo realizadas democráticamente (una persona igual a un voto, incluso para los educadores). Se trata, en primer lugar, de una asamblea general periódica (animada por un adolescente y un educador), en la que se reflexiona y decide sobre las normas y procedimientos de la unidad, así como sobre la atmósfera de la unidad. La asamblea se completa con un comité de disciplina, que examina los casos de vulneración de las normas establecidas (el comité está integrado por adolescentes y educadores que se reúnen en alternancia), y con un comité del orden del día (compuesto por adolescentes y educadores), responsable de la preparación del orden del día de la asamblea general. Por otra parte, cualquier adolescente o educador puede solicitar reuniones de urgencia de todo el grupo si se producen problemas serios de injusticia o trasgresión de las normas, o si hay que hacer balance sobre rumores que minan la moral de la comunidad. Por último, reuniones maratón permiten llevar a cabo una revisión periódica de las normas y la constitución. A estos mecanismos de la vida colectiva se suma una reunión centrada en el proceso de readaptación de cada cual. Ahora bien, estas reuniones deben adoptar una forma especial en cada comunidad, como las naciones que se dotan a sus propias instituciones, diferen-

tes de un país a otro, pero respetando los mismos principios democráticos. Corresponde a cada unidad decidir los medios democráticos que desea utilizar. Pero, dada la intensidad perseguida por la intervención diferencial, conviene que, cada día, de lunes a viernes, se realice al menos una actividad colectiva basada en el método de la comunidad de ayuda mutua y de justicia. La elección de la comunidad justa como técnica para la intervención de medio obedece a tres razones. En primer lugar, dado que una de las condiciones necesarias para la readaptación de los adolescentes con dificultades es la intensidad de la intervención, el método de la comunidad de ayuda mutua y de justicia constituye una acción complementaria que aporta esa intensidad. No sólo permite la discusión de dilemas interpersonales y morales hipotéticos, sino que estimula el debate de dilemas morales vividos por los adolescentes y los adultos en la pequeña colectividad que es la unidad de vida. En segundo lugar, el método de la comunidad justa desarrolla la competencia moral, así como la competencia interpersonal, de los adolescentes alentándoles a negociar sus necesidades personales con sus iguales de una forma equitativa. En tercer lugar, el método de la comunidad justa puede servir muy bien de complemento al método psicoeducativo.

El capítulo comunitario. Si el joven delincuente no se encuentra en régimen de custodia, por ejemplo si está en libertad vigilada o participa en un programa de readaptación en la comunidad, el capítulo medio de custodia se sustituye por el capítulo comunitario. Si el joven delincuente se encuentra en régimen de custodia, este capítulo se añade durante su estancia o durante la fase de reinserción social. Teniendo en cuenta que los iguales antisociales alientan las actividades delictivas del joven delincuente, habrá que ayudarlo a sustituir su red de iguales antisociales por iguales prosociales. Habrá que intervenir ante su familia con las técnicas individuales y las actividades de aprendizaje del

enfoque cognitivo del desarrollo dependiendo del estilo de funcionamiento de su familia (adecuado, poco hábil, conflictivo, desviado o represivo: Le Blanc y Bouthillier, 2001).

En resumen, el método cognitivo del desarrollo comprende intervenciones de índole individual, de grupo y relativas a la comunidad justa y comunitaria. Hace hincapié en intervenciones intensivas sobre un número limitado de objetivos significativos. Además, se busca la ayuda de los padres de los adolescentes para conseguir una continuidad entre la intervención en internado y los esfuerzos de la familia. En una intervención en medio no residencial, el capítulo del medio de custodia es sustituido por el capítulo comunitario. Los otros dos capítulos se aplican, la componente individual con la evaluación de la competencia interpersonal y moral y el contrato de ciudadano, y el capítulo de los talleres de aprendizaje y reuniones de grupo, con el debate de dilemas morales y de relaciones interpersonales.

Al término de esta sección, hay que recordar que hemos concluido que el recurso a la herencia de la psicoeducación clásica es el medio principal para empezar a mejorar la readaptación de los jóvenes delincuentes. Por otra parte, las técnicas del enfoque cognitivo comportamental y del enfoque cognitivo del desarrollo sólo son medios complementarios para aumentar el nivel de éxito de la readaptación. No son una panacea.

5. *¿Por qué medios podemos mejorar la readaptación de los jóvenes delincuentes?*

Hemos intentado demostrar que la readaptación es más necesaria hoy, pues es fácil documentar el cambio de escala de la violencia y el agravamiento, la persistencia, la concentración y la acumulación de los problemas de los jóve-

nes delincuentes. Si es más necesaria, también resulta más difícil debido a dicho agravamiento. Además, hemos identificado un punto de referencia concreto sobre el nivel mínimo de éxito que hay que alcanzar en la readaptación de jóvenes delincuentes o de adolescentes que presentan trastornos graves del comportamiento. Si no se alcanza una ganancia mínima del 12%, entonces el programa de readaptación es insuficientemente eficaz. Al contrario, hay que tratar de alcanzar el nivel de ganancia de los programas más eficientes, del 35 al 40%. Una vez alcanzado este nivel, hay que probar experiencias que permitan superarlo. Unos objetivos inferiores al nivel mínimo serían insuficientes, mientras que unos objetivos superiores serían ilusorios, dado el estado actual de los conocimientos científicos y profesionales.

A la pregunta de que en qué condiciones se consigue la readaptación, respondimos identificando cinco condiciones fundamentales entre todo un abanico de exigencias posibles. Esas condiciones son: realizar una intervención de readaptación de una duración de al menos un año, en un medio cuya calidad sea óptima, utilizando uno de los métodos más eficientes, incluyendo una fase de reinserción social y guiándonos por los conocimientos teóricos y empíricos sobre las causas de la delincuencia. Ninguna de estas exigencias sería suficiente en sí misma para mejorar los resultados de la readaptación. Por ejemplo, el empleo de uno de los métodos más eficientes durante un período de estancia insuficiente, de algunos meses, en un medio de calidad dudosa, conflictivo por ejemplo, y sin un seguimiento tras la estancia, no puede mejorar los resultados de la readaptación. El éxito óptimo no reside en el método, la duración, la calidad del medio o el seguimiento, se encuentra en la combinación de todas estas condiciones fundamentales.

Después, hemos intentado demostrar que la responsabilidad de la calidad de la readaptación no depende únicamente de las leyes, las estructuras de los servicios o los

cuestionarios, que son la responsabilidad profesional y diaria de los educadores. Por otra parte, he indicado que es fácil idear medios para establecer las condiciones fundamentales de la readaptación. Solamente hay que decidirse a hacerlo y creer en lo que se hace, en nuestra misión de educadores.

Finalmente, hemos concluido que el recurso a la herencia de la psicoeducación clásica es el medio esencial para empezar a mejorar la readaptación. Por otra parte, las técnicas del enfoque cognitivo comportamental y del enfoque cognitivo del desarrollo sólo son medios complementarios para aumentar el nivel de éxito de la readaptación. No son la solución. Al contrario, para alcanzar y superar los niveles de éxito más altos, son esenciales dos medios: un mecanismo de investigación y desarrollo, y una actitud de tenacidad y esperanza.

Investigación y desarrollo. En el Boscoville de los decenios de 1970 y 1980 se llevó a cabo una integración de ciencia y acción. Boscoville estuvo así a la vanguardia de la innovación tecnológica en materia de readaptación en Québec y en el mundo occidental. A medida que estas condiciones favorables se diluyeron, la capacidad de innovación disminuyó hasta desaparecer. Este modelo de investigación y desarrollo dio resultados y sigue dándolos. Pensemos en varios grandes nombres de la readaptación de ayer, Makarenko, Aichorn, Redl y Bettelheim, y de la prevención de hoy, Patterson, Goldstein y Hawkins, que supieron reunir unas condiciones parecidas a las que se daban en Boscoville. Esas condiciones orientaron recientemente al Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Québec, que en 2002 creó un centro de investigación y desarrollo de la readaptación en Boscoville. Es bien conocido en el mundo de la industria y de las nuevas tecnologías que, sin unas acciones energéticas de investigación y desarrollo, las organizaciones se descomponen. Investigación y desarrollo se integran así a un medio de readaptación, en internado o externado, que se hace

cargo cotidianamente de jóvenes delincuentes y adolescentes que presentan problemas serios de comportamiento. Este medio ha recibido un mandato preciso al respecto y recursos adicionales. Actualmente, está constituyendo un equipo de clínicos y gestores mejor formados, más motivados y más creativos; está reuniendo un equipo de investigadores experimentados para evaluar la implantación y los resultados de las experiencias de readaptación; y cuenta con la mayor autonomía administrativa y clínica. Esta descripción es justamente la de un hospital universitario en el ámbito de la sanidad que se distingue así de los demás hospitales. ¡Con este instrumento de investigación, de acción profesional y de formación, quizás podamos reducir la distancia entre la investigación y la readaptación!

Esperanza y tenacidad. Los creadores de la psicoeducación recordaban constantemente que el espíritu de la readaptación es la esperanza. ¿Cómo mantener la esperanza cuando la sociedad puede llegar a consolidar una readaptación virtual? Cada cual puede responder a esta pregunta a su modo. Nuestra respuesta es la tenacidad. Hay que aferrarse tenazmente a la idea de que se puede hacer aún mejor, que cada año algunos jóvenes delincuentes más podrían salir de ello. ¿Adivinan cómo? Necesariamente mediante la investigación y el desarrollo sobre el método psicoeducativo, acompañados de las técnicas de la readaptación diferencial. ¡Quizás se reduzca entonces la reincidencia un 45% en vez de un 30%! ¡Quizás algún día no haya más adolescentes cuya visión sean los barrotes de la cárcel!

BIBLIOGRAFÍA

ANDREWS, D.A.; ZINGER, I.; HOGE, R.D.: BONTA, J.; Gendreau, P. & Cullen, F. (1990): «Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically-informed met analysis». *Criminology*, 28, 369-404.

- ATWOOD, R.; GOLD, M.; TAYLOR, R. (1989): «Two types of delinquents and their institutional treatment». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 58-75.
- BATSHAW, M.G. (1975): «Rapport du comité d'étude sur la réadaptation des enfants et des adolescents placés en centre d'accueil. Québec: Direction des communications, Ministères des affaires sociales».
- BOUCHARD, C. (1991): *Un Québec fou de ses enfants*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- BRILL, R.; LE BLANC, M. (1978): Clients change. Rapport final, volume IV. Évaluation de Boys' Farm. Montréal, Groupe de recherche sur l'inadaptation juvénile, Université de Montréal.
- CHARBONNEAU, J.P. (1982): Rapport de la commission parlementaire spéciale sur la protection de la jeunesse. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- COOK, P.J.; LAUB, J.H. (1998): «The unprecedend epidemic of youth violence». In M. Tonry & M.H Moore *Crime and justice*, 24 : 27-64. Chicago, University of Chicago Press.
- DIONNE, J. (1993): Grille d'observation et d'évaluation des stratégies de négociation interpersonnelle. Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté, Université de Montréal.
- FOOT, D.K. (1996): *Entre le boom et l'écho, comment mettre à profil la réalité démographique*. Montréal: Boréal.
- FRÉCHETTE, M., LE BLANC, M. (1987). *Délinquances et délinquants*. CHICOUTIMI, GAËTAN MORIN. GENDREAU, G. (1978). *L'intervention psycho-éducative: solution ou défi?* Paris, Fleurus.
- GENDREAU, G. (2001): *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal, Sciences et culture.
- GENDREAU, G.: TARDIF, R. (1999): *L'intervention en internat. Une intervention qui doit retrouver son sens, sa place et ses moyens*. Rapport du comité sur la réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans. Montréal, Association des centres jeunesse du Québec.

- GENDREAU, P. and C. GOGGIN. (1997): Correctional Treatment: Accomplishments and Realities. In P. VanVoorhis, M. Braswell and D. Lester (Eds.), *Correctional Counselling*, 3rd Edition, Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
- GOLD, M., MATLIN, J., OSGOOD, D.W. (1989): Background characteristics and responses to treatment of two types of institutionalized delinquent boys. *Criminal Justice and Behavior*, 16: 2-33.
- HARVEY, J. (1988): *Rapport sur l'analyse des activités de réception et de traitement des signalement, d'évaluation et d'orientation en protection de la jeunesse*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- JASMIN, M. (1992). *La protection de la jeunesse, plus qu'une loi*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux et Ministère de la justice.
- JASMIN, M. (1995): *Les jeunes délinquants, au nom ... et au-delà de la loi*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux et Ministère de la justice.
- JESNESS, C.F.; DERISI, W.J.: McCORMICK, P.M.; WEDGE, R.P. (1972): *The youth center research project*. Sacramento: California Youth Authority.
- JESNESS, C.F.: WEDGE, R.F. (1983b): *Manual for Youth Counselors*. Sacramento, California Youth Authority.
- LE BLANC, M. (1983a): *Boscoville: la rééducation évaluée*. Montréal, Hurtubise HMH.
- LE BLANC, M. (1983b): *L'efficacité de l'internat pour la rééducation des jeunes délinquants, modèle homogène, Boscoville, modèle hétérogène*. Ottawa, Solliciteur Général.
- LE BLANC, M. (1985): De l'efficacité de l'internat québécois. *Revue canadienne de psychoéducation*, 28, 4: 363-377.
- LE BLANC, M. (1986): Réussite sociale et inadaptation: épidémiologie prospective. *Revue Canadienne de Criminologie*, 28(4), 363-377.
- LE BLANC, M. (1990): Le cycle de la violence physique: trajectoire sociale et cheminement personnel de la violence individuelle et de groupe. *Criminologie*, XXIII (1), 47-74.
- LE BLANC, M. (1992): Family dynamics, adolescent delinquency and adult criminality. *Psychiatry*, 55 (4), 336-353.
- LE BLANC, M. (1994): Les adolescents en difficulté des années 1990. Rapport no. 1 Les consommateurs de drogues du Centre Alternatives et les pupilles de la Chambre de la jeunesse de Montréal. Montréal, École de psycho-éducation et groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant, Université de Montréal.
- LE BLANC, M. (1995): The relative importance of internal and external constraints in the explanation of late adolescence delinquency and adult criminality. In J. McCord (Ed.), *Coercion and punishment in long-term perspectives*. New York: Cambridge University Press. (272-288).
- LE BLANC, M. (1996): *MASPAQ, mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois: manuel*. Montréal, École de psycho-éducation, Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant, Université de Montréal.
- LE BLANC, M. (1997a): Évaluation des programmes du Centre Alternatives pour les adolescents qui abusent des psychotrope. *Psychotropes* 3, 2: 17-48.
- LE BLANC, M. (1997b): A generic control theory of the criminal phenomenon, the structural and the dynamical statements of an integrative multilayered control theory. In T. P. Thornberry. *Developmental theories of crime and delinquency. Advances in theoretical criminology*, 7: 215-286. New Brunswick, Transaction Publishers
- LE BLANC, M. (1997c): Socialization or propensity: A test of an integrative control theory with adjudicated boys. *Studies in Crime and Crime Prevention*, 6, 2: 200-224.
- LE BLANC, M. (1998): L'intervention de réadaptation en 2010, le prévisible ou le souhaitable. *Revue canadienne de psychoéducation*, 27 : 307-343.
- LE BLANC, M. (1999): L'évolution de la violence chez les adolescents québécois, phénomène et prévention. *Criminologie*, 32, 1: 161-194.

- LE BLANC, M. (2001): L'abandon d'une carrière criminelle. Conférence pronocée devant les commissaires de la Commission nationale des libérations conditionnelles. Mirabel, 26 septembre 2000.
- LE BLANC, M. (2003): L'évolution de la délinquance juvénile au Québec, délinquance officielle et délinquance cahée. In M. Le Blanc, M. Ouimet, D. Szabo. *Traité de criminologie empirique*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- LE BLANC, M. (inédit): *Conduites déviantes et adolescents déviants*. Montréal, Gaétan Morin.
- LE BLANC, M.: BOUTHILLIER, C. (2001): Formes de la régulation familialeet conduite marginale. *Revue de psychoéducation et d'orientation*, 30 (2), 103-121.
- LE BLANC, M. & FRÉCHETTE, M. (1989): *Male criminal activity, from childhood through youth: Multilevel and developmental perspectives*. New York: Springer-Verlag
- LE BLANC, M.; GIRARD, S. (1997): The generality of deviance: Replication over several decades with a Canadian sample of adjudicated boys. *Canadian Journal of criminology*, 39, 2: 171-183.
- LE BLANC, M.; MORIZOT, J. (2001): The relative contribution of peers and routine activities to present and futur delinquency. American Society of criminology, 53rd Annual meeting, Atlanta, session DCS003.
- LE BLANC, M. & TREMBLAY, R.E. (1988): A study of factors associated with the stability of hidden delinquency. *International Journal of Adolescence and Youth*, 1(3), 269-291.
- LE BLANC, M.; DIONNE, J.: PROULX, J.: GRÉGOIRE, J.; TRUDEAU-LE BLANC, P. (1998). *Intervenir autrement: le modèle différentiel et les adolescents en difficulté*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- LE BLANC, M.; GIRARD, S., KASPY, N., LANCTÔT, N., LANGELIER, S. (1995): Adolescents protégés et jeunes délinquants sous ordonnance de la Chambre de la jeunesse de Montréal en 1992-1993. Rapport no. 3 les adolescents en difficulté des années 1990. Montréal, École de psycho-éducation, Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté, Université de Montréal.
- LE BLANC, M.; VALLIÈRES, E., & McDUFF, P. (1992): Adolescents' school experience and self-reported offending, a longitudinal test of a social control theory. *International Journal of Adolescence and Youth*, 3(3-4), 197-247.
- LE BLANC, M.; VALLIÈRES, E., & McDUFF, P. (1993): The prediction of males adolescent and adult offending from school experience. *Canadian Journal of Criminology*, 35(4), 459-478.
- LESCHIED, A.W. (2002). The Sentencing and Rehabilitation Principles of the Y. C. J. A. ss. 38 & 39: Providing a Context from the Literature on Effective Youth Justice Programs. National Judicial Institute, Youth Justice Education Program, Kingston, Ontario January 19, 2002
- LIPSEY, M.W. (1989): *Juvenile delinquency treatment: A meta-analysis inquiry into the variability effects*. New York: Russell Sage Foundation.
- LIPSEY, M.W. (1995): What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Ed.). *What works: Reducing re-offending* (pp. 63-78). New York: Wiley.
- LIPSEY, M.W. & WILSON, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from mete-analysis. *American psychologist*, 48, 12: 1181-1209.
- LIPSEY, M.W. & WILSON, D.B. (1998): Effective intervention of serious juvenile ofenders:A synthesis of research. In R. Loeber and D.P. Farrington (Eds.). *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (pp. 313-345). Thousands Oaks: Sage.
- LÖSEL, F. (2001): Risk/need assessmentand prevention of antisocial development in young people: Basic issues from a perspective of cautionary optimism. In R. Corra-

II

- do, R. Roesch, Hart, S.D. & Gierowski, J.K. (2001). Multi-problem violent youth: A foundation for comparative research on needs, interventions, and outcomes. Amsterdam, IOS Press.
- MARTINSON, R. (1974): What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 35: 22-54.
- MORIZOT, J.: LE BLANC, M. (inédit a): Continuity and stability in self-control: A 25-year longitudinal study comparing conventional and adjudicated men on personality measures from adolescence to midlife.
- LE BLANC, M., MORIZOT, J. (inédit b): Trajectories of self-control and deviance: A 25-year Longitudinal Study of Adjudicated Men from Adolescence to Midlife.
- PALMER, T. (1994): *A Profile of Correctional Effectiveness and New Directions for Research*. Albany, State University of New York Press.
- PRÉVOST, Y. (1968): *La société face au crime*. Volume 4 tomes 1, 2 et 3. Québec, Éditeur officiel du Québec.
- QUAY, H.C. (1987). Patterns of delinquent behavior. In H.C. Quay (ed.), *Handbook of Juvenile Delinquency*. New York, Wiley.
- ROCHON (1988). *Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- RUTTER, M.: GILLER, H., HAGELL, A. (1998): *Antisocial behavior by young people*. Cambridge, cambridge University Press.
- SELMAN, R.L., (1993): To understand and to help. Conférence présentée dans le cadre du Colloque scientifique, 'Face à l'intervenant', les 21-22-23 avril. Montréal: Fondation La cité des Prairies.
- WOLFGANG, M. E.; FIGLIO, R.M.; SELLIN, T. (1972): *Delinquency in a Birth Cohort*. Chicago, University of Chicago Press.

HABILIDADES SOCIALES PARA ADULTOS DE REFERENCIA QUE TRABAJAN CON MENORES CON TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO

MANUEL SEGURA MORALES

Universidad de La Laguna. Tenerife

INTRODUCCIÓN

En este trabajo hablamos de «habilidades sociales» en el sentido más sencillo y más profundo de la palabra, es decir, como conducta asertiva, alejada tanto de la pasividad que no actúa, como de la agresividad que no respeta los derechos o la dignidad de los demás. Es el sentido defendido por el profesor V.E. Caballo. Concretando todavía más, entendemos por asertividad aquella conducta que es eficaz y justa al mismo tiempo. Recordemos estas dos palabras claves: eficacia y justicia, porque a ellas deberá tender todo nuestro esfuerzo educativo. Si queremos que los menores con trastornos de comportamiento lleguen algún día a ser habitualmente eficaces y justos en sus relaciones con los demás, tendremos que empezar por serlo los adultos que les servimos de referencia. Y no es fácil, como todos sabemos por experiencia, porque en cualquier situación que exige de nosotros una respuesta, una actuación, siempre estamos tentados por la pasividad perezosa y cobarde de no hacer nada, o por la agresividad violenta y destructiva de hacer más de la cuenta, despreciando, insultando y hasta agrediendo físicamente al otro. Todos es-

tamos tentados por los extremos, pero la única postura hábil socialmente es la asertividad. Si siempre fuéramos asertivos, es decir eficaces y justos, nuestras relaciones interpersonales serían verdaderamente humanas y los conflictos se resolverían con paciencia y serenidad, haciéndonos crecer (que para eso están los conflictos).

Para comprender mejor lo difícil que es este objetivo de la asertividad, tenemos que recordar que no es una *fórmula* fija, como las antiguas normas de urbanidad o como la gratitud estereotipada siguen inculcando a sus hijos cuando, al recibir éstos un regalito de alguien, la madre pregunta: «niño, ¿qué se dice? Y explica siempre una respuesta fija, que es «gracias». No, la asertividad no es una fórmula sino una *actitud*: unas veces se acercará más a la pasividad, cuando tratamos con personas de mucho respeto o muy sensibles; otras veces se acercará más a la agresividad, cuando tratamos con gente ruda que sólo entiende con amenazas e insultos. Pero en todo caso, la asertividad debe ser la conducta apropiada para conseguir lo que queremos y para conseguirlo sin faltar a la justicia. Eficacia y justicia. Recordemos esa meta final de nuestro trabajo educativo, que es llegar a ser eficaces y justos.

Con esas consideraciones hemos precisado la primera parte del título de nuestra ponencia, que menciona las habilidades sociales. En la segunda parte del título se dice que quienes necesitan esas habilidades sociales son los adultos de referencia. Pues bien, por «adultos de referencia» entendemos a todos aquellos que tienen algún trato y responsabilidad con los menores, es decir, no sólo los psicólogos, educadores y celadores, sino también todo el personal administrativo, el de cocina y de limpieza, quienes con cierta frecuencia se convierten en personas de referencia para el menor y esa referencia puede ser, y muchas veces lo es, más intensa y cercana que la de los mismos educadores.

Entendemos que la casa o el centro donde viven menores con trastornos de comportamiento, debe ser una *Comuni-*

dad de Aprendizaje: más que cada educador, quien educa es la comunidad completa, unida entre sí por relaciones sanas, alegres y respetuosas. A su vez, esa comunidad educativa deberá estar vinculada críticamente, pero con firmeza, con todo su entorno, es decir con la sociedad entera, con la televisión, los libros, las revistas, la calle, como recuerda César Coll.

Como hemos dicho, conseguir esa asertividad que es eficacia y justicia, no es fácil. Ni para los menores, ni para los adultos que forman su entorno y que deberían ser los primeros modelos de asertividad. Para conseguir ser asertivos, la investigación educativa de los últimos veinte años nos dice que necesitamos, inexcusablemente, una formación que incluya tres factores o bloques básicos: primero, un entrenamiento *cognitivo* que es saber pensar; segundo, una seria *alfabetización emocional* que nos posibilite reconocer en nosotros y en otros las principales emociones y sentimientos y nos enseñe a utilizarlos para motivarnos y para perseverar en el trabajo, y además nos defienda de aquellas emociones que nos pueden cegar o desanimar; y tercero, esa formación esencial debe incluir también un desarrollo del juicio moral, una incorporación voluntaria de valores morales, que nos libere de la heteronomía irresponsable y nos acerque lo más posible a la autonomía y a la responsabilidad.

De esos tres bloques, el cognitivo, el emocional y el moral, vamos a hablar a continuación.

1. Bloque cognitivo

1.1. Gardner

De las ocho inteligencias distintas que, según Howard Gardner, todos tenemos al menos en embrión, pero que no todos desarrollamos, las dos indispensables para relacio-

narnos bien, para una buena convivencia, son la intrapersonal y la interpersonal.

La *inteligencia intrapersonal* es definida por Gardner como la capacidad, basada en la genética y desarrollada después por la educación, de conocerse uno a sí mismo, controlarse y saber motivarse. Nada menos. Esta será la primera tarea de los adultos que quieran ser referencia para los menores: aprender a conocerse a sí mismos; aprender también a controlarse, sobre todo bajo el ataque de las emociones más fuertes, como la ira, el miedo y la tristeza depresiva; y por último, aprender a motivarse, incluso bajo el fuego cruzado de la desgana y del cansancio. En esas tres habilidades, conocerse, controlarse y motivarse, consiste la inteligencia intrapersonal.

Pero la verdadera clave para convivir, para relacionarnos con otros, es la *inteligencia interpersonal*, definida por Gardner o la capacidad, heredada genéticamente y desarrollada después por la educación, de ponerse en el lugar del otro y así poder ayudarlo a conocerse, a controlarse y a motivarse. Coincide con la anterior, pero en lugar de estar orientada hacia uno mismo, hacia dentro, lo está hacia los demás, hacia fuera.

1.2. Habilidades cognitivas de resolución de conflictos

Antes y después de Gardner, muchos otros autores se han esforzado en individualizar y formular aquellas habilidades cognitivas, necesarias para la resolución de conflictos, por ejemplo los pioneros Spivack y Shure, o posteriormente Cornelius y Faire, o el manual que usan Fisher y Ury en el Departamento de Negociación de Harvard. Entre nosotros, de los muchos que trabajan en el tema de resolución de conflictos, podríamos citar a Moraleda, Tórrego, Alzate, Jares o Vinyamata.

Entre todos esos autores, hay acuerdo, en la práctica, en señalar que las habilidades cognitivas necesarias para la re-

solución de conflictos, habilidades equivalentes a la inteligencia interpersonal de Gardner, son éstas:

1.^a Ser capaz de diagnosticar bien el conflicto o problema que queremos solucionar. A esta habilidad se la suele llamar *pensamiento causal*, porque determina las causas o raíces de cualquier problema. Su requisito indispensable es la información y saber leer o interpretar esa información.

2.^a Tener la creatividad necesaria para imaginar el mayor número posible de soluciones alternativas. Esta habilidad exige un esfuerzo especial por parte de los impulsivos y violentos, es decir, de aquellos que según don Antonio Machado usan la cabeza más para embestir que para pensar. Pero todos pueden y deben conseguir esta habilidad, llamada *pensamiento alternativo*, seguramente el pensamiento que hay que cultivar con más ahínco en los adolescentes y jóvenes con trastornos de comportamiento.

3.^a Tener la clarividencia necesaria para prever las consecuencias de cualquier acción, antes de realizarla. Requiere madurez, conocimiento del corazón humano y reflexión opuesta a la impulsividad. Esta habilidad se llama *pensamiento consecuencial*.

4^a Ser capaces de poder ver y sentir las cosas como las ven y sienten otros, ser capaces de ponerse en el lugar del otro. A esta habilidad cognitiva, que puede llegar a convertirse en «empatía» cuando va acompañada de la apropiada carga emocional, se le llama *pensamiento de perspectiva*.

5^a Poseer la claridad mental necesaria para trazarse objetivos que sean interesantes, claros, difíciles pero no imposibles, y además haber desarrollado el sentido práctico necesario para determinar cuáles serán los mejores medios, los mejores caminos, para alcanzar esos objetivos. A esta habilidad cognitiva, que ya presupone que se han desarrollado las otras cuatro anteriores, se le llama *pensamiento medios-fin*, que no es, por tanto, otra cosa que determinar objetivos concretos y saber planificar las acciones necesarias para conseguirlos.

Estos cinco pensamientos no son innatos, pero se pueden adquirir con el debido entrenamiento y existen métodos divertidos y eficaces para realizar dicho entrenamiento, por ejemplo el «CORT» de De Bono, el TIPS de Platt y Duote y nuestros cursos «Relacionarnos bien» para niños, y «Ser persona y relacionarse» para adolescentes y jóvenes.

1.3. Métodos de resolución de conflictos

Todos los adultos de referencia para los menores con trastornos de comportamiento, deben tener bien desarrollados esos cinco pensamientos y deben ser capaces de enseñarlos a los menores a su cargo, para que estos puedan resolver asertivamente, es decir con eficacia y justicia, sus problemas interpersonales y también para que sepan colaborar con sus educadores a la hora de buscar soluciones, cuando surja un conflicto colectivo.

De entre los muchos métodos ejemplares que existen para la resolución de conflictos, hay dos utilizados en el mundo anglosajón, que se merecen una recomendación especial. Uno es el método SOCS, desarrollado dentro del sistema penitenciario de Delaware, en Estados Unidos, y el segundo es el método llamado «Transformar el conflicto», elaborado por las Universidades australianas sobre la base de una antiquísima tradición maorí. Unas palabras sobre cada uno de esos métodos.

El método SOCS, descrito por Ross y Fabiano, se utiliza en las prisiones de Delaware con notable éxito. Dos sesiones semanales, de una hora cada una; ocho internos o internas en cada grupo, con un psicólogo y una trabajadora social. Se analiza un problema real, presentado por el psicólogo o propuesto por los mismos internos, una vez que van adquiriendo confianza y se atreven a hablar de sus problemas. Las letras SOCS son un acrónimo que marca el orden en el que hay que estudiar el caso propuesto. La S sig-

nifica *situación*. Planteado el problema, entre todos tienen que definirlo y redefinirlo, a la luz que el psicólogo o el interesado vayan dando, al responder a las preguntas del grupo. Supongamos que el problema que planteó un interno fue «mi mujer, a la semana de ingresar yo en prisión para cumplir una condena de dos años, se ha ido a vivir con otro hombre, ¿qué puedo hacer yo?». Los miembros del grupo dicen que está claro y es que la mujer no tiene vergüenza. Pero el psicólogo y la trabajadora social les van animando a que hagan preguntas al interesado, para saber bien cuál es la verdadera situación. Las preguntas, deberían ser, más o menos, éstas: ¿llevabais muchos años casados, o poco tiempo, tal vez semanas o días?, ¿tenéis algún hijo?, ¿tiene ella medios para vivir, o dependía enteramente de ti?, ¿habíais tenido peleas o discusiones antes?, ¿conocía ella antes a ese hombre con quien se ha ido, o lo conoció ahora?, etc.

Una vez definido bien el problema y se sepa cómo surgió, quién es el culpable, a quiénes afecta y qué gravedad tiene, se pasa a la letra siguiente, que es la O y significa *opciones* o soluciones alternativas posibles. Hay que tener en cuenta que no hay prisa para pasar de una letra a otra: a cada una se le dedican todas las sesiones que sean necesarias (¡en la cárcel hay tiempo!). Al pasar a la O, se proponen todas las alternativas que se ocurran a cada uno para solucionar el problema. Más y más, cuantas más mejor, aunque algunas parezcan raras o muy difíciles de realizar. A esto se dedica todo el tiempo necesario.

El siguiente paso, correspondiente a la letra C, consiste en prever y formular las *consecuencias* de cada una de las soluciones propuestas en el paso anterior. Consecuencias buenas y malas, inmediatas y a medio o largo plazo. Considerando despacio estas consecuencias, se elige una, o a lo más dos de las soluciones presentadas: aquellas que tengan mejores consecuencias.

Por último, para que no quede todo en un proceso un poco abstracto, se representa la solución o las dos solucio-

nes elegidas. Es el paso correspondiente a la última S, que significa *simulación*. Esa representación, lo más viva y realista posible, tiene una doble finalidad: primero, que vean con sus ojos que la solución elegida es realizable, que se puede llevar a cabo sin gritos ni pelas; y segundo que aprendan a negociar, que es la finalidad última de todo este método SOCS, tan sencillo y tan práctico. Lo sorprendente es el resultado: el 82% de los reclusos que aprendieron este método de resolución de conflictos, no vuelve más a la cárcel. Un éxito increíble.

El método australiano «Transformar el conflicto», presentado con claridad por Moore y Mc Donald en la obra del mismo nombre, hunde sus raíces en una antigua tradición maorí, en Nueva Zelanda. Cuando entre los maoríes surge un conflicto serio, por ejemplo un robo importante, un asesinato o pelea que termina en muerte, para evitar que las mutuas venganzas entre las familias afectadas se multipliquen sin fin, los dos grupos acuerdan reunirse un día señalado, cuando ya se han tranquilizado un poco los ánimos. Acude el mismo número de participantes por cada uno de los dos bandos: pueden ser familiares o amigos de las respectivas familias. Se nombra un moderar, elegido de mutuo acuerdo, por su edad y su autoridad personal, moderador que tiene el papel de verdadero mediador en la negociación. Las cosas se hacen con calma campesina y suelen ocupar un día entero. Primero se *define* bien *el problema*: si la muerte fue accidental, o resultado de una discusión imprevista, o planeada con tiempo, si hubo celos o insultos, si la víctima había agredido antes o robado a quien le mató, etc. Establecido el caso con la mayor objetividad y con el acuerdo de todos, se discuten las diversas *alternativas* de reparación que propongan uno y otro grupo, teniendo en cuenta la mayor o menor gravedad del caso. La reparación suele consistir en que el agresor se comprometa a pedir disculpas a la familia de la víctima y prometa alejarse de ellos por un tiempo, pero sobre todo se acuerda entre todos una *indemnización* económica, por

ejemplo, una o dos cabezas de ganado ovino o vacuno. Cuando se ha llegado al acuerdo, todos los asistentes, incluido el moderador, *firman* un documento por el que se comprometen todos, y comprometen a sus respectivas familias, a no realizar ya ninguna venganza. El acto final del proceso es un buen *banquete*, costeado por las dos familias y en el que participan todos amistosamente.

Las Universidades australianas, basándose en esa tradición milenaria, proponen un modelo de solución de conflictos muy detallado y útil: se acuerda el número de participantes por cada grupo, se nombra un moderador respetado por todos, se define bien el problema, se buscan soluciones, se firma el acuerdo y se acaba con una comida o una merienda en común.

A esas dos propuestas que hemos mencionado, el SOCS y la australiana, podemos añadir los consejos de Ángel Regino Calvo y sus colaboradores de la Universidad de Murcia, para los casos de agresiones físicas y peleas entre niños y adolescentes, es decir para los conflictos violentos entre menores. Los consejos prácticos que este equipo de la Universidad de Murcia ofrece a los educadores en general, se pueden resumir así:

- El educador debe mantener siempre la calma.
- Nunca debe incrementar la tensión con reproches o gritos.
- Si para separar a los que pelean hay que sujetar a uno, sujetar siempre a la víctima y nunca al agresor.
- Tan pronto como sea posible, debe hablar al agresor de otros temas, para serenar su estado emocional.
- Después de la agresión y antes de determinar la sanción, hablar con la familia del agresor, si es posible y conveniente, y ver qué expectativas tienen sobre su hijo. Hay que procurar «hacer cómplices» nuestros a los padres, en la resolución del conflicto y en todo el proceso educativo.

- En cualquier momento en que aparezca el apoyo que sus compañeros pueden y suelen prestar al «matón» del grupo, hay que esforzarse por desactivarlo. Ese apoyo se manifiesta en forma de risas, aplausos o de cooperación directa. Hay que explicar al «matón» y a sus seguidores o «fans» que todo recurso a la agresión física (que no sea defensa personal) es un estadio premoral, prehumano, como veremos cuando hablamos de Kohlberg.

1.4. La autoestima del educador

A caballo entre el bloque cognitivo, que estamos tratando, y el emocional, que trataremos en seguida. Es indispensable mencionar el tema de la autoestima, que por una parte es base insustituible para que el educador se sienta firme ante la enorme responsabilidad de su tarea, y por otra es meta necesaria para el menor que está en fase de reconstrucción personal. La autoestima, mal entendida en los años 80, se prestó a posturas extravagantes y a conclusiones ridículas. Hoy, revisado y redefinido el concepto de autoestima, hay un acuerdo general en que tener autoestima no es considerarse superior a otros, ni atribuirse cualidades que no tienen, sino «sentirse capaz de enfrentarse a los desafíos de la vida y saberse digno de ser amado». Esta nueva definición es de Branden y con él coinciden los principales autores contemporáneos.

Estos autores, que en el fondo siguen la línea humanística de Rogers y de Berne y la psicología positiva de Seligman, coinciden al señalar, como causas principales de una baja autoestima (es decir, del miedo a enfrentarse con la vida y de sentirse indigno de ser amado) las siguientes: 1.^a la autocritica patológica, que suele desembocar en sentimientos de culpabilidad; 2.^a el trazarse metas inalcanzables, imposibles, condenándose uno a sí mismo al fracaso permanente; y

- 3.^a una autoevaluación distorsionada, que consiste en creerse peor o mejor de lo que en realidad se es.

En esos tres campos tendrá que trabajar seriamente el educador, para conseguir la propia autoestima y en esos tres mismos aspectos tendrá que ayudar al menor, para que consiga una autoestima indispensable y correcta. Feldman y Mc Kay explican bien cómo realizar ese trabajo. Pero cualquiera que sea el método que se utilice, habrá que tener en cuenta que para conseguir, o mejorar, una sana autoestima, los caminos más directos serán que los adultos aprendan, y luego lo enseñen a los menores: 1) a llevar una vida íntegra, de acuerdo con los propios valores y convicciones morales y no en contra de ellas; 2) a no rendirse ante dificultades vencibles, que es precisamente la definición que Seligman da de pesimismo; 3) a saber mantener opiniones propias e independientes; y 4) a tener la «resiliencia» necesaria para superar los posibles traumas de una niñez desgraciada, marcada por la falta de afecto, por malos tratos o incluso por violaciones y humillaciones, como explica brillantemente Cyrilnik en sus libros.

1.5. Motivación

Hemos mencionado hace un momento la motivación como parte esencial de la inteligencia llamada «intrapersonal» por Gardner. La motivación, como la autoestima, también está a caballo entre lo cognitivo y lo emocional. Para saber motivarse oportuna y eficazmente, hay que conocerse a sí mismo, pero al mismo tiempo hay que sentirse atraído afectivamente por la acción que queremos emprender (por ejemplo, estudiar), o por el resultado final de esa acción (aprobar el examen). Nicolai Hartmann, el gran filósofo de los valores, lo expresa con contundencia: «cuando algo es percibido como valor, se convierte en objetivo».

Desgraciadamente todavía no hay en Psicología una teoría generalmente aceptada, para explicar por qué nos mo-

vemos, cuáles son las palancas decisivas que nos impulsan a actuar. Pero de lo que ahora se sabe en Psicología y espi-gando los factores más generalmente aceptados de las di-versas teorías sobre la Motivación (ver un resumen de esas teorías en el concienzudo trabajo de Reeve), podemos ya afirmar sin ninguna duda, que son factores determinantes para motivarnos los que vamos a enumerar a continuación, seleccionados de las distintas teorías propuestas:

1.º La teoría de *las expectativas y el valor*, tal vez la más clásica de las teorías sobre motivación, afirma que la «fuerza motivadora» que puede ejercer sobre nosotros cualquier actividad prevista, es el resultado de multiplicar las expectati-vas que tengamos de poder realizar algo por el valor que atribuimos a esa acción. Por ejemplo, un educador puede atribuir gran valor al hecho posible de cambiar a un menor difícil, pero si las expectativas que tiene de conseguirlo son bajas o nulas, el resultado final de esa ecuación será bajo o nulo. Por tanto, no estará motivado, no tendrá fuerza para actuar. El resultado alto, la motivación intensa, se consigue cuando se atribuye mucho valor a lo que se quiere conseguir y al mismo tiempo se ve que las posibilidades de conseguirlo son bastante altas.

2.º La teoría de la *atribución* defiende que la motivación de cada uno para actuar dependerá de cómo interprete sus éxitos o fracasos anteriores, a qué factor atribuya el éxito o el fracaso. Todos tenemos alguna vez, o muchas, experien-cias negativas y dolorosas, pero no todos estamos deprimidos. Lo estaremos si atribuimos ese fracaso doloroso a nues-tra culpa, a nuestra incapacidad irremediable, y eso nos llevará a una profunda y permanente desmotivación para actuar, pues pensaremos que todo volverá a salir mal. Igualmente, si cuando algo resulta bien, atribuimos el éxito a la casualidad, a la suerte, tampoco estaremos motivados para intentar esa acción otra vez, pues no podemos estar seguros de que esa segunda vez también tendremos suerte. Estas

ideas las expuso brillantemente Martin Seligman en su trata-miento de la «indefensión aprendida» y sus libros sobre el optimismo y sobre la Psicología positiva.

3.º Csikszentmihalyi escribió un libro delicioso, llamado «Fluir, Flow» sobre cómo llegar a la motivación intrínseca, la que más facilita la acción, hasta hacerla gustosa y fluida. Llegar a esa motivación, en la que se disfruta trabajando y se llega a perder la noción del tiempo, se consigue por medio de *las metas u objetivos*. Las metas que nos propongamos deben ser: a) específicas (por ejemplo, un menor no debe decir «me portaré mejor en clase», sino «ya no daré más pa-tadas en el culo al que se sienta delante de mí en clase»; y un profesor no debe decir «será más responsable en preparar mis clases», sino «dedicaré dos horas cada día a preparar mis clases»); b) difíciles: deben ser metas alcanzables, pero no tan fáciles que se conviertan en aburridas; c) desafiantes o interesantes, no por moda o por capricho mío, sino en sí mismas; cuanto más difíciles tienen que ser más interesantes, para no cansarnos en luchar por ellas.

Podríamos hablar de otrasteorías sobre la motivación, por ejemplo la necesidad de pertenecer, de ser aceptado en un grupo. O también el ansia de poder, tan fuerte en algu-nos políticos y tan motivadora para ellos. Pero creo que las tres teorías expuestas nos dan ya mucha luz sobre la moti-vación y nos ofrecen un amplio campo de trabajo a todos, educadores y menores.

Creemos que no es necesario demostrar la importancia de las *emociones* para la motivación. Los motivos funcionan para mantener la vida y las emociones son un verdadero «in-forme de progreso» sobre cómo están siendo mantenidos esos motivos. Un buen ejemplo es la conducta sexual, fuentemente asociada a las emociones: el interés, la curiosidad, la alegría, facilitan la conducta sexual; mientras que el asco, el enfado o la culpabilidad, la dificultan o la hacen imposi-ble. Incluso una motivación tan esencial como es el hambre,

la necesidad de comer, se puede anular por una tristeza muy profunda o por un enfado muy grande.

1.6. Pensamiento crítico

Terminamos el bloque cognitivo, que es el más básico y también el más extenso, destacando la necesidad del pensamiento crítico, como una habilidad social necesaria para los educadores mismos y para poder trasmitirlo a los menores, para que éstos sepan elegir un producto sin ser engañados por la propaganda; puedan decidir si deben creer o no algo que les cuentan; y puedan seleccionar el programa de televisión que sea el mejor, o el menos malo en ese momento.

Para conseguir ese pensamiento crítico, hay que diseñar un programa de entrenamiento que abarque los siguientes contenidos:

1.º Aprender a ver siempre las dos caras de la moneda. No sólo lo primero que se me ocurre o lo que me gusta, sino las razones que puede haber, tal vez fuertes, en contra de lo que yo pienso. Por ejemplo «se debe imponer una cuota del 50% entre hombres y mujeres en todos los cargos públicos»: ver las razones a favor de lo que yo pienso y ver también con imparcialidad las contrarias. Lo mismo con cualquier propuesta, como por ejemplo «debería castrarse a los violadores y pederastas», o «todo el transporte público debería ser gratuito», o «deberían prohibirse no sólo las armas atómicas, sino todas las armas», o «los Bancos deberían entregar una parte de sus beneficios anuales, para el desarrollo de los países pobres», o «el sueldo de un futbolista, por muy bueno que sea, no podrá sobrepasar nunca el sueldo del alcalde de esa ciudad, o el de un profesor universitario», etc. etc.

2.º Aprender a entender bien lo que dice su interlocutor, cuál es la postura que defiende y qué motivos tiene para de-

fender eso. Por ejemplo, si dice que la principal función de la mujer es tener hijos, preguntarle si defiende que esa es la única función de la mujer en la sociedad actual, o sólo que es la más importante; y tratar de averiguar por qué dice eso, si es por machismo aprendido en su familia, o es porque ha tenido alguna experiencia negativa en que se ha sentido humillado por una chica que sabía más que él, o es porque está preocupado por la baja natalidad. Otro ejemplo, si unos amigos lo invitan a consumir cocaína, es muy útil saber si lo hacen porque quieren que tenga una experiencia agradable (aunque sea un paso peligroso hacia la adicción), o porque quieren tranquilizarse en no ser ellos los únicos que se drogan, o porque quieren engancharlo para luego ganar dinero vendiéndole droga.

3.º Conocer las técnicas de la propaganda comercial, utilizadas también, a veces, en la propaganda política. Estas técnicas se pueden resumir así:

— *La técnica del rebaño*: ya Erich Frommafirmó magistralmente, en su libro «El miedo a la libertad», que el deseo más profundo de todos los seres humanos es el de relacionarse y, como consecuencia, el miedo más terrible que podemos padecer es a la soledad, a estar solos y separados. Verse totalmente solo es una experiencia tan demoledora que puede llevar al suicidio o a gravísimas enfermedades mentales. Necesitamos sentirnos junto a los demás, parte de un todo, no raros y separados. La propaganda comercial sabe y lo utiliza, no para aliviarnos el dolor de la soledad, sino para vendernos lo que no necesitamos.

Es el truco utilizado por el tendero que nos dice «este champú o este queso se está vendiendo mucho últimamente»; es el truco utilizado por la televisión cuando nos muestra a todos los jóvenes consumiendo la misma bebida en una fiesta; es el truco de las agencias de viajes cuando dan por supuesto que todo el mundo viaja en Semana Santa y en verano. Es el truco en el que se cimienta todo el negocio de la

moda: tienes que comprar otros zapatos, otra corbata, otro bolso, otro traje, aunque tengas completamente nuevos los tuyos antiguos, porque ésos «ya no se llevan». Hay grupos sociales donde es un verdadero pecado no tener el último teléfono móvil, el último ordenador, el último coche. O no haber leído el último libro. Es el truco que conocen bien las discotecas, donde no se puede hablar, pero todos se sienten juntos, arrebatados por una música frenética y por el alcohol y tal vez el sexo.

Desde luego, salirse del rebaño es difícil, requiere valor y personalidad y, en ocasiones, puede acarrear consecuencias o represalias muy duras. Pero todo esto deben saberlo los jóvenes, para que si deciden integrarse al rebaño, lo hagan conscientemente y con humor, no por inercia o por cobardía.

— *El truco de la transferencia*: es muy simple. Fue el psicólogo norteamericano Watson quien lo formuló, abriendo así el camino a toda la propaganda moderna. Consiste en unir algo bueno, deseable, indiscutible, a otra cosa que no es indiscutible y por tanto tampoco es deseable de momento. Un champú para el pelo aparece en la pantalla unido a una cascada de agua fresca, a flores, a una mujer muy bella. El turrón aparece unido a la reunión familiar por Navidad. Un desodorante, a un hombre varonil y atractivo. Una leche desnatada, a una figura estilizada. Una bebida espumosa a jóvenes alegres y llenos de vida. Una marca de cigarrillos se anunciaba como «genuino sabor americano» y otra, como el tabaco que fuman los fuertes y sanos vaqueros, rodeados de muchas vacas y espléndidos caballos.

La técnica se utiliza, hasta el hartazgo, uniendo niños pequeños y simpáticos o mujeres guapísimas, con el producto que se quiere vender. También se utilizan personas muy conocidas, del mundo del deporte, del espectáculo o de la canción, a quienes se ve consumir con fruición, o con éxito social, la comida, el perfume o el coche que se anuncian.

Esto puede alcanzar tal fuerza, que se ha llegado a contratar a jugadores de fútbol, no sólo por su valor deportivo, sino por el valor publicitario que su figura puede transferir a los productos que anuncie. Pero esto ya nos introduce en el siguiente truco, que es el del testimonio.

— *El testimonio*: esta técnica publicitaria no se contenta con unir, en la misma imagen, a un producto con un personaje famoso, sino que además ese personaje habla, alabando, al parecer con toda sinceridad, dicho producto. El valor de esa publicidad dependerá de la autoridad que los oyentes o televidentes otorguen a la persona que habla. Está claro que un anuncio sobre un régimen alimenticio o sobre un tratamiento capilar, tendrá más impacto sobre el público, si quien lo presenta no es un portavoz del fabricante, sino un médico. Y mucho más si es un médico famoso en esa especialidad y mucho más si es un premio Nobel.

Otras veces, la autoridad del que nos anuncia algo se basa en razones más sutiles. Por ejemplo, una persona famosa por presentar un programa de televisión, o por dirigir un concurso, o por participar en un serial, llega a hacerse «como de la familia» para mucha gente: si entonces nos anuncia un coche determinado, o viajes a Lanzarote, Mallorca o Varadero, muchos pensarán que los precios y las condiciones de esos coches o de esos viajes serán de toda confianza, porque lo asegura alguien de quien nos fiamos.

A los menores hay que enseñarles que, no sólo en temas de propaganda, sino en lo que leemos en los periódicos y en lo que nos dicen los políticos y en lo que intercambiamos con los amigos cada día, hay que distinguir siempre entre hechos y opiniones, entre realidad y apariencias, entre la verdad y lo inventado. Hay que explicarles, desde que son pequeños, que la verdad es a veces compleja y difícil de alcanzar, pero que no está hecha de lo que cada uno opina o quiere creer. Respetar a los otros, sí, siempre, sin excepción.

nes; tragarnos sus opiniones como verdades, sin haberlas contrastado, nunca. Lo expresó con fuerza don Antonio Machado y habría que recordarlo a los adolescentes y jóvenes que siguen repitiendo «esa es mi verdad y lo contrario es tu verdad, y no pasa nada», pensando que eso significa respeto y tolerancia: «Tu verdad no, la verdad, y ven conmigo a buscarla; la tuya guárdatela».

— *La presión indirecta*: por supuesto, todas las propagandas conllevan alguna forma de presión. Todas te incitan a comprar, todas te hacen ver lo maravilloso que será disfrutar de ese coche, de ese yogur cremoso o de esos chalecos tan elegantes. Usando de una de las tres técnicas expuestas más arriba, o cualquier otra que se pueda pensar, todos los anuncios están pensados para intentar convencernos.

Pero hay una técnica específica para presionarnos de modo apremiante, que consiste en poner límite temporal a una oferta. Ese vehículo tiene dos mil euros de descuento, pero sólo hasta fin de mes. Si al hacer por teléfono tu pedido de unos discos de música estás entre los cincuenta primeros, además de los discos recibirás una joya de regalo. Las rebajas sólo duran unas semanas y los primeros que acuden se llevarán lo mejor que haya. Hoy los televisores y las cámaras fotográficas cuestan la mitad, pero sólo están a la venta 150 cámaras y 60 televisores.

En resumen, los plazos se acaban y tienes el gravísimo peligro de perder tu oportunidad. Esta clase de propaganda llega a conseguir que hasta te sientas culpable de pereza, si no haces nada.

— *El humor*: el humor es un instrumento maravilloso para facilitar las relaciones interpersonales. Por eso, el humor en la propaganda nos parece atractivo, humano, inteligente. Pero lo que ahora queremos subrayar es que no nos debemos dejar engañar, ni siquiera por el humor.

Recordemos dos ejemplos de propaganda con humor, uno tomado de la televisión inglesa ITV, sobre el tabaco, y otro de la RAI italiana, sobre una pasta de dientes. Los dos anuncios merecieron premios internacionales.

El anuncio inglés mostraba a un aristócrata que salía de su mansión en el campo y se sentaba en un paisaje delicioso, junto a un estanque lleno de nenúfares. Tres chicos de unos doce años, con caras de gamberros, se acercaban a escondidas al estanque y echaban al agua un barquito con un motor sumamente ruidoso. El aristócrata, sobresaltado, sacaba de su bolsillo un mando a distancia y, al accionarlo, un pequeño submarino se levantaba del fondo del estanque y luego disparaba un misil que hacía pedazos el barquito de los niños, que huían despavoridos. Entonces se oía una voz en off, mientras el aristócrata sacaba una bolsa de tabaco y empezaba a coger su pipa: «¡Muy bien hecho! No deje que nada perturbe el placer de fumar una pipa de... (aquí el nombre del tabaco)».

En el anuncio italiano, una conocidísima y bellísima actriz de cine aparecía en primer plano, con una rosa en la mano y diciendo: «El me ha regalado esta rosa, que es preciosa, pero me hubiera gustado más una orquídea; no porque sea más bonita, sino porque es más cara». Aquí se interrumpía un momento y decía: «Ay Dios mío! ¿He dicho algo inconveniente?» Y una voz masculina en off respondía: «No, con esa boca puedes decir lo que quieras». Y la actriz concluía: «Ah, sí, boca Colgate» (o un dentífrico equivalente).

En ambos anuncios y en otros parecidos (aunque por desgracia no muchos) el humor juega un papel importantísimo. Refresca, hace sonreír, es inteligente y hace que el mensaje se recuerde mucho mejor y durante más tiempo. Pero, a pesar de todas esas maravillas, hay que tener sentido crítico y recordar que el valor de aquel tabaco o de ese dentífrico no depende del ingenio del anuncio, sino de lo que nos diga nuestra propia experiencia o la de personas amigas y de fiar.

2. Bloque emocional

Recordemos ahora nuestro planteamiento inicial. Las Habilidades Sociales que debe tener el adulto que trabaja con menores con problemas de comportamiento y que debe saber trasmítir a estos menores, se resumen en la asertividad, es decir, en saber actuar siempre con eficacia y justicia. Ahora bien, para llegar a ser asertivos necesitamos desarrollar nuestras habilidades cognitivas, nuestra inteligencia emocional y nuestro sentido moral. Del primer campo, el de las habilidades cognitivas, acabamos de explicar cuáles son los seis sectores que debentrabajarse con constancia y con ilusión, en nosotros y en los menores.

Sobre la educación o alfabetización emocional, segundo bloque de nuestro trabajo diario, podemos resumirlos objetivos principales que debemos buscar, según lo recordaba recientemente John D. Mayer, el iniciador, junto con Salovey, de la investigación sobre la inteligencia emocional, en la Universidad de New Hampshire. (En su trabajo y en el de Gardner, se inspiró Daniel Goleman para su famosísimo libro). Nos decía Mayer, el pasado mes de abril en el IV Congreso Internacional de Psicología Educativa, que los componentes de la Inteligencia Emocional son los siguientes:

1.º Saber identificar emociones en sí mismos y en otras personas y poder expresar las emociones que ellos mismos sienten en un momento determinado.

2.º Caer en la cuenta de que las emociones influyen en el pensamiento, ya que por una parte ayudan a formarse un juicio, con más rapidez y más perspicacia y, por otra, está claro que al cambiar el estado emocional, cambia la perspectiva del pensamiento: por ejemplo, no reaccionamos de igual modo ante una propuesta de negocios, cuando estamos cansados, cuando estamos enfadados o cuando estamos satisfechos después de una buena comida regada con un buen vino.

3.º Saber poner nombre a las distintas emociones (J. A. Marinay M.^a López Penas identifican hasta 243) y entender los sentimientos complejos.

4.º Estar abierto a los distintos sentimientos, sin miedo, y aprender a manejar esos sentimientos y emociones en sí mismos y en otros.

Decía Mayer que estos cuatro componentes se pueden medir por el test MSCEIT (Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence test), y la buena noticia es que los cuatro se pueden enseñar y mejorar, por medio de los muchos programas de inteligencia emocional que se han ido publicando. Entre nosotros, podemos citar a Güell y Muñoz, a Bach y Darder y el método escrito por la profesora Arcas y por mí mismo, sencillo y útil, para educar a los adolescentes y jóvenes en este complejo mundo de las emociones.

3. Bloque moral

«Si a un delincuente le enseñamos habilidades cognitivas y desarrollamos su inteligencia emocional, pero no lo abrimos a los valores morales, tendremos un delincuente hábil y emocionalmente inteligente». Son palabras del profesor Robert Ross de la Universidad de Ottawa, en Canadá, uno de los mayores expertos mundiales en delincuencia juvenil.

Todos los educadores estarían de acuerdo con esa afirmación y son incontables los libros que están apareciendo en estos últimos años, y meses, sobre cómo educar de Valores. El mismo Gardner, tan interesado y especializado en la inteligencia, acaba de publicar un libro sobre moral, que se llama «Good Works», porque reconoce que cuanto mayor sea la inteligencia, mayor es el daño que puede hacer, si la inteligencia la tiene una persona sin valores morales.

Sin entrar en profundas disquisiciones morales, en la línea de Max Scheler, Nicolai Hartmann o Aranguren, enten-

demos por moral «lo que está bien», lo que se debe hacer; contrario a lo inmoral que es «lo que no está bien», lo que no se debe hacer. Tampoco consideramos muy importante distinguir entre «Moral» y «Ética», aunque aceptamos con gusto la propuesta de Aranguren, de hablar de Moral cuando nos referimos a la vida, a la práctica de lo que está bien, y hablar de Ética cuando nos referimos a la teoría moral.

Todos sabemos que a lo largo de la historia de Occidente, ha habido varios enfoques sobre los fundamentos de la moral, es decir, sobre qué o quién determina que una cosa está bien o es moral, y que otra está mal y es inmoral. El enfoque más tradicional fue durante muchos siglos el *religioso*, y continúa siéndolo para muchas personas, tanto cristianas como musulmanas o de otras religiones. Este enfoque religioso es claro y tajante. Dios ha revelado, por medio de sus profetas, de aquellas personas que han tenido un acceso más íntimo y más prolongado a El, qué se debe hacer y qué se debe evitar. La Biblia afirma que las tablas con los mandamientos, que llevaba Moisés, al bajar del monte, las había escrito el mismo Dios con su mano. Mahoma, a su vez, afirmó que el ángel Gabriel le había revelado todo el contenido del Corán. Sobre esa fe, de que los mandamientos morales vienen del mismo Dios, los creyentes sinceros se esforzarán por cumplirlos. Este fundamento religioso de la moral inspiró incluso las costumbres sociales y las leyes de los cristianos, tanto católicos como protestantes, hasta el siglo XVIII. Y lo sigue inspirando en los países del Islam.

Pero en el XVIII, con la Revolución Francesa y la Ilustración se crea en Europa y en América un ambiente hostil a las Iglesias y se exalta casi ilimitadamente la autoridad de la razón. Así se propone el segundo enfoque del fundamento de la moral, que es el enfoque *racionalista*. Algo será moral o será inmoral, no porque Dios y las Iglesias lo digan, sino porque la razón ilustrada de los hombres así lo ve. Este segundo enfoque tiene como comienzo filosófico el esfuerzo titánico de Kant y tiene como final, por ahora, la Declara-

ción Universal de los Derechos Humanos. Ateos y creyentes están obligados a seguir las mismas normas morales, normas que están expresadas en esa Declaración y en los preceptos jurídicos de todos los pueblos libres y democráticos.

El tercer enfoque posible de la moral, enfoque que no se contrapone a ninguno de los dos anteriores, pero que se vertebraliza a partir de la Psicología Educativa, es el enfoque *cognitivo-evolutivo*, propuesto por Piaget y Kohlberg. Este enfoque de Kohlberg, el gran maestro de la educación moral del siglo XX, nos parece muy clarificador y diáfano, y por tanto muy apropiado para el trabajo con adolescentes y jóvenes. Mucho más, si esos menores tienen ya serios problemas con sus valores morales.

Como todos recordarán, Kohlberg, siguiendo los pasos de Jean Piaget, concretó en seis los estadios o etapas del crecimiento moral. Nunca se pueden subir dos escalones de una vez, sino que hay que ascender uno por uno. Se puede bajar a estadios inferiores al que ya se ha alcanzado, y ese descenso puede ser temporal, por un enfado momentáneo o por una tristeza o amargura profundas, y puede ser definitivo. También es posible estar en un estadio en unos valores, por ejemplo en la responsabilidad respecto a los hijos, y en otro estadio en cuanto a otros valores, por ejemplo la sinceridad, el decir siempre la verdad. Pero hechas todas estas salvedades, que hacen un poco más complejo el modelo de Kohlberg, vamos a recordar brevemente sus líneas maestras, que son las que pueden y deben orientar nuestro trabajo educativo, con nosotros mismos y con los menores.

El primer estadio del crecimiento moral, según Kohlberg, es realmente una etapa premoral. El estadio se llama *Heteronomía*, y todos pasamos por él, ya que es el estadio de los primeros cinco o seis años de vida. El niño o la niña no tiene sentido de lo que está bien o está mal, no tiene conciencia moral, pero la va desarrollando poco a poco, impuesta desde fuera. Se la imponen los adultos, normalmente la madre y el padre, que no cesan de decirle: eso no se hace, eso no se

dice, eso no se toca, con eso no se juega, a tu hermanito no se le pega, en el comedor no se juega a la pelota, ese cuchillo no se coge, no se meten los dedos en el enchufe... Moral impuesta desde fuera, moral heterónoma, pero que se va interiorizando poco a poco. Exige tener al niño controlado casi 24 horas al día, pero suele dar resultados positivos en poco tiempo. La técnica empleada es puramente conductista, de premios y alabanzas o amenazas y castigos. El problema grave de este estadio es que hay personas que se quedan en él toda la vida: hacen todo lo que les apetece, si no hay alguien que les pare los pies. Son los delincuentes, amorales más que premorales. Y son los menores que teniendo ya más de seis o siete años, todavía no han madurado y no han pasado al segundo estadio. Son los menores que nos causan problemas continuos con su conducta.

Al segundo estadio lo llama Kohlberg *Individualismo*. Comienza normalmente a los cinco o seis años, cuando el niño descubre las reglas del juego. Antes de esa edad, el niño no entiende las reglas: le da a la pelota con la mano jugando al fútbol, jugando al escondite vuelve la cabeza para mirar, quiere tirar él siempre, cuando juega al parchís. Pero un día comprende que si no cumple las reglas, no lo dejan jugar. Y desde entonces las cumple e intenta que los demás las cumplan a rajatabla. Con las reglas del juego, descubre también la primera regla moral, la ley del talión, y comprende que es justo, que «está bien» hacer al otro lo que me hace a mí, tratarlo como él me trata. Si me invitó a su cumpleaños, yo le invito al mío, si me dio chicle, yo le doy cuando tenga, si él quiere ser mi amigo, yo soy su amigo. Si no, no. Así de claro y así de simple. Es un estadio primitivo, pero ya es un estadio moral. Y aquí sí que se quedan muchos adultos, que además, como no han leído a Kohlberg y no saben que quedan cuatro estadios más, se glorían de haber llegado a este segundo: «a mí el que me la hace me la paga», «a quien le hago un favor y no me lo agradece, no le vuelvo a hacer un favor en la vida». Es un estadio primitivo,

pero en él ya no hay delincuencia, sino egoísmo y, a lo más, una moderada venganza (eso es la ley del talión, una ley de moderación en la venganza, no una incitación a ella)

El tercer estadio se llama *Expectativas interpersonales*. Si llega a su tiempo, coincide con la adolescencia, cuando surge con fuerza el deseo de agradar, de ser aceptado por el grupo. Ya no hago a los otros lo que ellos me hacen a mí, como en el estadio segundo, sino lo que ellos esperan de mí. El adolescente se vuelve huraño con sus padres, porque quiere ser aceptado por ellos como persona, como adulto (aunque todavía no lo sea), y no como un niño, y se hace cada vez más sociable y sumiso con su grupo, para ser aceptado por ellos como un igual, por su simpatía, por su buen aspecto, por su ropa, por su vocabulario, por sus «piercings» o por sus tatuajes. Muchos adultos mantienen este deseo de agradar y ser aceptados durante toda la vida, y son personas serviciales y agradables, pero vulnerables a la crítica, al olvido, al poco aprecio por parte de los otros.

El nombre del cuarto estadio es *Sistema social y conciencia* y es el momento de la autonomía, de la verdadera adultez moral. La persona que llega a este estadio (no se suele llegar antes de los 16 o 18 años y a veces mucho más tarde) se hace responsable de todo aquello a lo cual se ha comprometido. Para él o ella, todo compromiso genera automáticamente un responsabilidad. Ese compromiso y esa responsabilidad se viven, sobre todo, respecto a la propia familia y al propio grupo, respecto al trabajo y a las creencias religiosas y políticas. En este estadio, dice Kohlberg, están el 85% de aquellas personas que han superado el tercer estadio y han llegado a la autonomía. El otro 15% se reparte entre el quinto y sexto estadios, a donde, por desgracia, son pocos los que llegan.

El quinto estadio, llamado *contrato social*, es el estadio de la apertura al mundo, de superar el círculo de la familia y del propio grupo, y de darse cuenta que todos los habitantes del planeta, por el sólo hecho de ser humanos, tienen unos

derechos básicos. ¿Cuáles?, pues ante todo, derecho a la vida y a la libertad. Derecho a una vida humana, aunque sea modesta, pero nunca inhumana o subhumana; y derecho a ser libres, en su fe, sus opiniones, sus desplazamientos en busca de trabajo; libres al decidir formar una familia y tener unos hijos. Los que llegan a este altísimo estadio, ya no se limitan a luchar por su propia familia y por su grupo, sino que luchan, en la medida de sus posibilidades, por la vida y la libertad de todos. Por ejemplo, defendiendo la contribución del 0,7% de la renta de los países ricos a los pobres. Por ejemplo, defendiendo la ecología del planeta, para todos. Por ejemplo, enseñando a las generaciones jóvenes a ser más justas que las anteriores, a compartir más.

Por último, el sexto estadio, llamado *Principios éticos universales*, se puede resumir en la frase «todos somos iguales», o como prefería Kohlberg, «todos somos hermanos». Por supuesto, no simples frases, ni siquiera simples pensamientos o creencias abstractas, sino frases hechas vida y demostradas en la vida de cada día. Es llegar a la cima de la moral. Es vivir, no de acuerdo con la ley del talión, sino según la Regla de Oro que manda no hacer al otro lo que no quiero para mí, o no dejar de hacer por el otro lo que no quiero que dejen de hacer por mí. Es creer y vivir la igualdad y la dignidad de todos, la igual dignidad de todos. Es el estadio de Gandhi, de Martin Luther King, de Teresa de Calcuta; pero nos recuerda Kohlberg que no es un estadio de solos santos, sino que hay entre nosotros, en nuestra propia familia, personas que viven con esta altura moral y son capaces de compartir lo que tienen y de dar su vida por los demás, en un acto momentáneo heroico o en el amor generoso, lleno de paciencia, de cada día.

La aplicación de estos estadios a los adultos de referencia, puede resultar del máximo interés. Suponemos que ninguno de esos adultos, con alguna responsabilidad sobre los menores, estará en el estadio 1.º: sería un delincuente con la responsabilidad de educar; no le importaría los menores,

sólo el sueldo que gana; lo mismo sería duro con ellos que totalmente permisivo, ya que no le preocuparía la educación de esos menores; en casos extremos podría llegar a abusar de ellos sexualmente o a maltratarlos físicamente. Si el adulto estuviera en el 2.º estadio, trataría bien a los menores que se portaran bien con él y trataría mal, o ignoraría, a los menores rebeldes o difíciles; tendría favoritos, ante el disgusto de los demás; y si algún menor le juega una mala pasada, haría lo posible por vengarse de él «legalmente» o por quitárselo de encima mediante un traslado. Si el adulto estuviera en el estadio 3.º, procuraría agradar, tanto a los menores como a los superiores jerárquicos suyos; se mostraría amable con todos y desearía que sus esfuerzos fueran reconocidos; esperaría alabanzas por su sacrificio y se dolería mucho por cualquier crítica negativa; ya estaría cerca de ser un buen educador, pero todavía le faltaría madurez e independencia. Con lo dicho, queda claro que todo buen educador debería estar al menos en el 4º estadio, el de la responsabilidad ante el compromiso asumido, el estadio de la autonomía y de la adultez moral.

Si la aplicación la hacemos, no a los educadores, sino a los menores, resultará igualmente instructiva. Un menor que esté en el estadio 1.º (seguramente tenemos muchos!) será rebelde, no razonará, acudirá a la violencia ante cualquier provocación, no sentirá reparo en molestar o hacer daño a otros si así consigue lo que quiere, sólo se detendrá ante un castigo que realmente le duela o ante la amenaza de ese castigo: su final previsible, si no cambia de rumbo, será la delincuencia. Si un menor está en el 2º estadio, habrá dado un paso de gigante en su educación ya que el 2º es un estadio moral, aunque muy primitivo. Se portará bien con los que se porten bien con él, pero el que se la haga se la pagará; respetará a quienes no le molesten, aunque sean más pequeños y más débiles; cumplirá las reglas del juego y de la convivencia y exigirá con fuerza que los otros las cumplan; será todavía un egoísta, pero ya no será un delincuente. Si el

menor alcanza el estadio 3º, luchará por ser aceptado, tratará de agradar a sus iguales: si forma parte de un grupo positivo, se conformará a ese estilo; si «cae» en un grupo negativo, podrá entrar en la droga o en la irresponsabilidad en estudios y trabajo, pero si asimiló bien el estadio anterior, el 2, no caerá en la delincuencia por influjo del grupo.

El método práctico que propone Kohlberg para ayudar a cualquiera, sea adulto, joven o adolescente, a crecer en el juicio moral, es el de la discusión de *dilemas morales*. Los dilemas, es decir las situaciones que nos obligan a tomar posiciones desde un punto de vista moral, están cada día en los telediarios, en los periódicos, en las películas, en la vida. ¿Se puede maltratar, sin llegar a torturar, a un prisionera, para obtener de él informaciones que pueden salvar muchas vidas? ¿Se puede copiar en los exámenes? ¿Se puede permitir que culpen y castiguen a otro por algo que hemos hecho nosotros? ¿Se puede sobornar a un equipo de fútbol para que nos deje ganar un partido que puede significar el ascenso de nuestro equipo a primera división? ¿Se puede ofrecer un sueldo mucho más bajo a inmigrantes sin papeles, ya que ellos no van a reclamar?

Estos dilemas y otros semejantes, se plantean en grupo. Cada uno da las razones que le mueven a tomar esa postura que eligió y se discuten esas razones. El impacto mayor que tienen estas discusiones sobre los menores es ver que hay otros, iguales a ellos en edad, en procedencia social, en situación económica, que piensan de un modo distinto. Esto les sacude, mucho más que todo lo que podamos decirles los asaltos, situados, desde su punto de vista, en otragalaxia.

También es una buena técnica el planteamiento de problemas morales con frases inacabadas. Se entregan las frases, fotocopiadas o dictadas, al grupo, y se les pide que las completen, de forma anónima. Luego se discuten los resultados entre todos. Esas frases pueden ser como estas: «Subo en un taxi y en el asiento encuentro un sobre con una importante cantidad de dinero; yo...». «Una amiga se desahoga

conmigo, sobre un problema suyo íntimo, con la promesa mía de que guardaré el secreto más absoluto; pero el chico/la chica con quien salgo me ha visto hablar con esa amiga y me pregunta con mucha insistencia qué me dijo: yo....». «Pago en una tienda modesta de mi barrio con un billete de 50 euros y me doy cuenta de que, al darme la vuelta, me han dado 10 euros de más: yo....». «Un grupo de amigos y amigas están criticando a Gonzalo, un compañero un poco antipático, pero que siempre ha sido muy noble conmigo: yo....». «En una discoteca, una amiga me pide dinero prestado para comprar unas pastillas de «éxtasis»: yo tengo dinero y lo que hago es...» Y muchas otras frases como estas. El tener que pronunciarse todos, el hacerlo de forma anónima y sobre todo la discusión general sobre cada caso, va abriendo a los menores al campo de los valores, un campo desconocido antes para muchos de ellos.

Cuando estos tres bloques, el cognitivo, el emocional y el moral se tratan adecuadamente en un programa educativo, el resultado espontáneo es la mejora radical de la convivencia, de las relaciones interpersonales, pues se habrá conseguido la *assertividad*, que es eficacia y justicia. Si sólo tratamos uno o dos de estos campos, y no los tres, el resultado puede ser alguna mejora, pero siempre insatisfactoria. Así lo enseña la teoría educativa actual y así lo demuestra la práctica: los programas que obtienen los resultados más profundos y más duraderos, son los que abarcan los tres bloques citados.

CONCLUSIONES

De todo lo dicho en esta ponencia, podemos concluir, sin mucho temor a equivocarnos, lo siguiente:

1. El objetivo último de todo nuestro trabajo educativo no puede centrarse en la transmisión de contenidos,

- sino en aprender nosotros y enseñar después a las generaciones jóvenes, sobre todo a los que tienen trastornos de comportamiento, a relacionarse como personas, es decir, asertivamente, es decir con eficacia y justicia.
2. Para conseguir esa relación eficaz y justa, es imprescindible el aprendizaje de habilidades cognitivas, el desarrollo de la inteligencia emocional y la adquisición voluntaria de valores morales: para conseguir esos tres objetivos, existen métodos y programas eficaces.
 3. Ante la inhibición o pasotismo de algunos menores, nuestra respuesta educativa debe ser enseñarles Motivación y los valores necesarios para ella. Ante la agresividad de muchos menores, nuestra respuesta educativa debe ser enseñarles a buscar soluciones alternativas, a pensar consecuencialmente, a ponerse en el lugar del otro, y a tener siempre presentes los valores morales.

BIBLIOGRAFÍA

- ARANGUREN, J. L. (1958 Y 1967): *Ética. Comunicación humana*.
- ALZATE, R. (2003): *Resolución de conflictos*, en AA.VV. «Aprender del conflicto», Barcelona, Graó.
- BACH, E. y DARDER, P. (2002): *Sedúcete para seducir*, Barcelona, Planeta.
- BERNE, E. (1964): *Games people play*, New York, Grove Press.
- BRANDEN, N. (1997): *El poder de la autoestima*, Barcelona, Paidós
- CABALLO, V.E. (1991): *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, Madrid, Siglo XXI de España.
- CALVO, A. R. (2004): *Comunicación en IV Congreso Internacional de Psicología Educativa*, Universidad de Almería.
- COLL, C. (2004): *Comunicación en IV Congreso Internacional de Psicología Educativa*, Universidad de Almería.
- CORNELIUS, H. y FAIRE, S. (1998): *Tú ganas/Yo gano*, Móstoles, Gaia.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1997): *Fluir, flow. Una psicología de la felicidad*, Barcelona, Kairós.
- CYRULNIK, B. (2002): *Los patitos feos*, Barcelona, Gedisa
- CYRULNIK, B. (2003): *El murmullo de los fantasmas*, Barcelona, Gedisa.
- DE BONO, E. (1991): *Aprender a pensar*, Barcelona, Plaza y Janés
- FELDMAN, J.R. (2000): *Autoestima, cómo desarrollarla*, Madrid, Narcea.
- FISHER, R. y URY, W. (2002): *Obtenga el sí*, Barcelona, Gestión 2000.
- FROMM, E. (1981, 4.ª): *El miedo a la libertad*, Barcelona, Paidós.
- GARDNER, H. (1995): *Inteligencias Múltiples*, Barcelona, Paidós.
- GARDNER, H. (2001): *La inteligencia reformulada*, Barcelona, Paidós.
- GARDNER, H. (2004): *Good Works*, New York, Basic Books
- GOLEMAN, D. (1996): *Inteligencia emocional*, Barcelona, Kairós.
- GÜELL, M. y MUÑOZ, J. (1999) *Desconócete a ti mismo. Programa de alfabetización emocional*, Barcelona, Paidós.
- HARTMANN, N. (1950): *Ética*.
- JARES, J. (2001): *Educación y conflicto*, Madrid, Popular.
- KOHLBERG, L. (1997): *La educación moral según Kohlberg*, Barcelona, Gedisa.
- MACHADO, A. (1994): *Poesías completas. Proverbios y cantares*, LXXXV, Madrid, Austral Espasa Calpe
- MARINA, J. A. y LÓPEZ PENAS M. (1999): *Diccionario de los sentimientos*, Barcelona, Anagrama
- MAYER, J. D. (2004): *Conferencia sobre Inteligencia Emocional*, IV Congreso Internacional de Psicología Educativa, Universidad de Almería.

III

PREVENCIÓN

Y TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL DESDE LA EDUCACIÓN

MARÍA JOSÉ DÍAZ-AGUADO

Universidad Complutense. Madrid

INTRODUCCIÓN

Las reflexiones y propuestas que en esta ponencia se presentan han sido desarrolladas a través de una larga serie de investigaciones sobre cómo prevenir el comportamiento antisocial desde la educación. Entre las que cabe destacar, por su relación con el tema que en este Congreso nos ocupa, las series que a continuación se mencionan:

1. Sobre la detección de niños y adolescentes en situación de riesgo social (Díaz-Aguado, Martínez Arias, Varona et al., 1996, 2001) y su desarrollo en distintos contextos (Díaz-Aguado, Dir., 1995 y 1996; Díaz-Aguado, Martínez Arias y Martín Seoane, 2001).
2. Los programas de prevención de la violencia, desarrollados en colaboración con el Instituto de la Juventud (Díaz-Aguado, Dir., 1996, 2004) y con el Instituto de la Mujer (Díaz-Aguado, Dir., 2002).
3. Y el programa *Prevenir en Madrid* (Díaz-Aguado y Martínez Arias, 2004), orientado a la prevención de conductas de riesgo, que seguimos desarrollado en

colaboración con el Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid, basado en el establecimiento de nuevos esquemas de cooperación entre todos los protagonistas de la educación.

En función de dichos trabajos anteriores, voy a estructurar esta conferencia en tres apartados:

1. El análisis de las condiciones educativas y sociales que reducen o incrementan el riesgo del comportamiento antisocial desde una doble perspectiva: la psicopatología evolutiva (modelo de las habilidades vitales básicas) y la psicología ecológica (sobre la interacción individuo-ambiente en los distintos niveles en los que se produce).
2. Diez propuestas para prevenir el comportamiento social desde la educación.
3. Y un resumen del tipo de resultados obtenidos al tratar de llevar a la práctica educativa dichas propuestas desarrollando programas a través de la investigación-acción.

1. El desarrollo de las habilidades vitales básicas como condición de protección

Como reconoce la actual psicopatología evolutiva, el riesgo de comportamiento antisocial se reduce cuando se han resuelto adecuadamente las tareas y habilidades básicas de cada periodo crítico. Cuando no ha sido así así conviene detectar qué habilidades están mal desarrolladas para proporcionar experiencias que ayuden a su adquisición (Cichetti, 1989, Aber et al., 1989). En este sentido, cabe destacar por su influencia en la prevención del comportamiento antisocial las cuatro tareas siguientes: 1) el establecimiento de las relaciones de apego en la familia, a partir de las cuales se

desarrollan los primeros modelos de la relaciones sociales, la confianza básica y la forma de responder al estrés; 2) la capacidad para estructurar la conducta hacia los propios objetivos y esforzarse por conseguirlos, a partir de la cual se desarrolla la capacidad para relacionarse con nuevos adultos y adaptarse a situaciones de estudio y de trabajo de forma independiente; 3) el desarrollo de las habilidades sociales más sofisticadas, a partir de las relaciones con iguales; 4) y la construcción de una identidad diferenciada y positiva, de la depende la elaboración del propio proyecto vital.

1.1. El vínculo social: autorregulación, modelos básicos y confianza

A partir de las relaciones que el niño establece desde el comienzo de su vida con los adultos más significativos para él (su madre y su padre, generalmente), construye los modelos en los que incluye tanto lo que se puede esperar de los demás como de uno mismo; modelos que desempeñan un decisivo papel en la regulación de su conducta y en su forma de responder al estrés. En relación a lo cual cabe considerar los resultados obtenidos en los estudios sobre el origen de la empatía y la solidaridad, en los que se enfatiza que para su adecuado desarrollo es necesario que el niño establezca una relación segura con los adultos encargados de su educación; en la que encuentre un apoyo afectivo de modelos que manifiesten sensibilidad empática hacia él. Cuando el adulto responde con sensibilidad y consistencia a las demandas de atención del niño, le ayuda a desarrollar la confianza básica en su propia capacidad para influir en los demás con éxito e información adecuada sobre cómo conseguirlo. Como consecuencia de esta interacción, el niño desarrolla un modelo de la figura de apego (del adulto que le da seguridad) como alguien disponible que le protege y le ayuda, en el que puede confiar. Y se conceptualiza a sí

mismo, de forma complementaria, como una persona valiosa y digna de ser amada. De esta forma, la seguridad proporcionada en la relación de apego permite al niño desarrollar expectativas positivas de sí mismo y de los demás, que le ayudan a: aproximarse al mundo con confianza, afrontar las dificultades con eficacia, obtener la ayuda de los demás o proporcionársela. En algunos casos, sin embargo, el niño aprende que no puede esperar cuidado ni protección, desarrolla una visión negativa del mundo y se acostumbra a responder a él con retraimiento y violencia. Tendencias que reducen considerablemente su capacidad de adaptación a la adversidad, ante la que aprende a comportarse de tal manera que genera más adversidad. Problemas que suelen ir en aumento al obstaculizar el resto de las relaciones que se establecen.

Aunque a medida que pasa el tiempo, el niño va haciéndose más independiente de los adultos encargados de proporcionarle seguridad, la capacidad para adaptarse a situaciones nuevas o superar tensiones emocionales sigue estando siempre estrechamente relacionada con la seguridad y el apoyo que proporcionan las relaciones afectivas básicas.

En torno a la importancia de esta primera tarea evolutiva cabe destacar el modelo propuesto por Catalano y Hawkins (1996) para explicar el origen de las conductas antisociales en función de las oportunidades que el individuo ha tenido para establecer vínculos de calidad en los diversos contextos de socialización. En el que se destaca como condiciones básicas para dichos vínculos: la percepción de que existen oportunidades para interactuar en cada contexto, la participación en las actividades que allí se producen y el hecho de que supongan algún tipo de beneficio para el individuo, tal como éste las percibe. Así, la tendencia a la conductas destructivas puede incrementarse tanto por la falta de una vinculación adecuada con contextos prosociales como por la vinculación a entornos en los que los agentes de referencia emiten conductas violentas. Con la edad cambia la impor-

tancia relativa de cada contexto como condición protectora o de riesgo. El papel de los padres y otras y figuras de apego tiene una importancia fundamental en las primeras etapas y va disminuyendo a medida que crece la de otros agentes. En la escuela primaria y secundaria los profesores y compañeros desempeñan un papel de especial relevancia. Y después, va creciendo la de los amigos, y otras personas con las que se establecen relaciones en un contexto comunitario cada vez más amplio (Catalano y Hawkins, 1996).

Los resultados obtenidos sobre la relación entre autoestima y algunas de las manifestaciones antisociales pueden parecer, en principio, contradictorios (Pellegrini, Bartini y Brooks, 1999; Schwartz, Dodge, Pettit y Bates, 1997). Para explicarlo, conviene tener en cuenta que aunque la capacidad para construir correctamente la autoestima sea probablemente una importante condición protectora del comportamiento antisocial, las elevadas puntuaciones en las pruebas de autoestima no siempre pueden ser interpretadas inequívocamente como indicadores de dicha capacidad, puesto que tampoco indican en qué fundamenta el individuo su propia estimación y en ocasiones pueden estar reflejando la negación o compensación de problemas importantes que el individuo está viviendo en ese momento o que haya vivido con anterioridad.

1.2. Éxito, fracaso, relaciones con la autoridad y capacidad para orientar la conducta hacia objetivos

Desde el segundo año de vida, el desarrollo de la personalidad exige aprender a orientar la conducta en torno a los objetivos que uno mismo se plantea y esforzarse por conseguirlos. Las relaciones que se establecen en la escuela desde los primeros años tienen, en este sentido, una gran importancia. De ellas depende el aprendizaje de la motivación de eficacia, el optimismo con el que se afrontan las dificultades,

el sentido del progreso personal, la capacidad para elegir con quién compararse o para relacionarse con la autoridad en situaciones de trabajo.

El sentido de la propia eficacia es una de las características psicológicas más relevantes en la calidad de la vida de los seres humanos, puesto que de dicho sentido depende la capacidad de orientar la conducta a objetivos y de esforzarse para conseguirlos con la suficiente eficacia y persistencia como para superar los obstáculos que con frecuencia se encuentran. Competencia a la que suele denominarse como *motivación de eficacia* (Cichetti et al., 1987; Harter y Zigler, 1974).

Esta motivación de eficacia es aprendida a partir de las experiencias de éxito y fracaso que se han tenido a lo largo de la vida, y especialmente durante la infancia y adolescencia. Según como hayan sido dichas experiencias y los mensajes transmitidos por los adultos más significativos, los niños han aprendido a anticipar unos determinados resultados (positivos o negativos) en las distintas actividades que realizan (tareas escolares, relaciones sociales, deporte...) y a darse a sí mismos mensajes que ayudan u obstaculizan su eficacia.

Cuando los esfuerzos que realiza un niño para superar una tarea, o alcanzar un objetivo de forma independiente, le conducen al éxito, o cuando los adultos significativos para él (profesores, madre, padre) le manifiestan reconocimiento de forma consistente y adecuada, desarrolla su capacidad para superar las dificultades, que se convierten en alicientes para la actividad, y aprende a decirse a sí mismo los mensajes positivos que ha recibido de los demás (*«lo vas a conseguir»*, *«sigue intentándolo»*, *«no te desanimes»*, *«un fallo lo tiene cualquiera»*...). De esta forma, el niño desarrolla su curiosidad, el deseo de aprender y la orientación a la eficacia; características que le ayudan a enfrentarse a las dificultades con seguridad, a superarlas y a ser menos vulnerable al fracaso (Harter, 1978).

Se produce el proceso contrario al anteriormente descrito, cuando los resultados que un niño obtiene en los intentos de lograr algo por sí mismo le conducen al fracaso, o cuando en estas situaciones los adultos suelen desalentarle o criticarle (*«¿quién te has creído que eres?»*, *«no lo vas a conseguir»*, *«tú no vales para eso»*...). Condiciones que hacen que el niño responda ante las dificultades en general, y al aprendizaje en particular, con ansiedad e ineficacia, al anticipar el fracaso y haber aprendido a decirse a sí mismo los mensajes que ha recibido de los demás y que obstaculizan la superación de las dificultades que encuentra. Como consecuencia de dicho proceso, el niño suele ser inseguro, dependiente de la aprobación de los demás, muy sensible a la crítica y más vulnerable al fracaso, a la exclusión social e, incluso, al comportamiento antisocial (con el cual pueda llegar a conseguir un impacto social —de carácter negativo— que no se consigue de otra forma).

Conviene tener en cuenta que una inadecuada resolución de esta importante tarea evolutiva representa una condición de riesgo para el desarrollo de las siguientes y que una resolución adecuada actúa como condición protectora.

1.3. Cooperación, amistad y relaciones con compañeros

Desde los seis años de edad, el desarrollo de la interacción con iguales se convierte en una tarea evolutiva crítica. En dicho contexto se adquieren las habilidades sociales más sofisticadas (necesarias para cooperar, negociar, intercambiar, competir, defenderse, crear normas, cuestionar lo que es injusto, discrepar, cuestionar y modificar los vínculos sociales, resistirse a la presión....).

En función de lo anteriormente expuesto puede comprenderse que la adaptación socio-emocional dependa, en buena parte, de las relaciones que los niños mantienen con sus compañeros. Los estudios longitudinales llevados a cabo

desde hace décadas sobre este tema han permitido detectar que desde los ocho años de edad, y especialmente durante la etapa anterior a la adolescencia, el rechazo de los compañeros en la escuela es un predictor significativo de importantes problemas posteriores; entre los que cabe destacar: 1) el abandono prematuro de la escuela, incluso cuando se elimina el posible efecto que sobre ambas variables puede tener la falta de rendimiento escolar (Parker y Asher, 1987); 2) la delincuencia (Roff y Wirt, 1984); 3) el suicidio (Stengle, 1971); 4) y los problemas que subyacen a la demanda de asistencia psiquiátrica (Cowen et al., 1973; Roff y Wirt, 1984).

En la adolescencia, la influencia de los compañeros adquiere una especial significación debido a que desempeñan un papel prioritario en la formación de la propia identidad, al proporcionar la mejor oportunidad de la que dispone el sujeto para poder compararse y activar el proceso de adopción de perspectivas, como consecuencia del cual se construye tanto el conocimiento de uno mismo como el conocimiento de los demás.

Una de las causas del incremento de las conductas antisociales que se produce en la adolescencia temprana es la fuerte vulnerabilidad hacia la presión del grupo de compañeros que se observa en dicha edad y que tiende a disminuir a partir de los 16 años, sobre todo cuando el individuo dispone de suficientes oportunidades para establecer relaciones adecuadas con grupos de compañeros que no incurren con una especial frecuencia en dichas conductas antisociales.

Habilidades necesarias para hacerse amigos

La interacción con los compañeros no cumple siempre las funciones para las que está especializada; para ello se requiere que se produzca adecuadamente y una condición imprescindible es que el niño haya desarrollado antes la

competencia social necesaria para hacerse amigos. Capacidad que supone cuatro habilidades básicas (Díaz-Aguado, 1996):

1. *Llevarse bien al mismo tiempo con adultos y con iguales.* Los niños más aceptados por sus compañeros se diferencian de los rechazados por ocupar una posición positiva en el sistema escolar, logrando hacer compatible su relación con tareas y profesores con la solidaridad hacia sus compañeros. El niño con capacidad para tener al mismo tiempo éxito y amigos suele: participar con frecuencia y eficacia en las tareas propuestas por el profesor y recibir su reconocimiento pero dentro de ciertos límites, sin que esta atención sea buscada por el niño ni manifestar ansiedad por conseguirla.

2. *Colaborar e intercambiar el estatus.* La relativa ambigüedad del estatus que caracteriza a las relaciones simétricas (entre iguales) hace que una gran parte de las conductas que entre ellos se producen estén destinadas a negociar los papeles asimétricos (quién controla o dirige a quién en cada momento). El niño rechazado suele tener grandes dificultades para soportar la incertidumbre que suponen los cambios de papel y poderlos negociar.

3. *Expresar aceptación: el papel de la simpatía.* Los niños más aceptados por sus compañeros de clase se diferencian de los niños rechazados por ser mucho más sensibles a las iniciativas de los otros niños, aceptar lo que otros proponen y conseguir así que los demás les acepten. Cuando se observa las relaciones entre niños se comprueba que la conducta que un niño dirige a sus compañeros está muy relacionada con la que recibe de ellos. Los niños que más animan, elogian, atienden y aceptan, suelen ser los que más elogios, atención y aceptación reciben.

4. *Repartir el protagonismo y la atención.* Uno de los bienes más valorados en las situaciones sociales es la atención de los demás. Comprenderlo y aprender a repartirla sin

tratar de acapararla de forma excesiva (como hacen los niños que resultan *pesados* y por eso rechazados), ni pasar desapercibido (como sucede con los niños aislados), es una de las más sutiles habilidades sociales.

La interpretación de situaciones ambiguas

Desde los 11 años aproximadamente, la capacidad de los niños para resolver conflictos sociales se refleja en su habilidad para controlar las emociones negativas que dichos conflictos implican, especialmente en situaciones ambiguas, en las que son posibles varias interpretaciones.

Se ha observado que los niños con comportamiento antisocial suelen tener dificultades para interpretar correctamente determinadas señales ambiguas procedentes de sus compañeros (Dodge y Frame, 1982). La interpretación de hostilidad hace que el niño responda con agresión a estas situaciones ambiguas y sea después efectivamente agredido, originando una escalada de la agresividad que le impide establecer relaciones sociales adecuadas. Aprender a inhibir la primera respuesta (cuando ésta es negativa y estresante) y buscar otras posibles explicaciones alternativas (que no generen agresividad), puede ser de gran eficacia para prevenir el comportamiento antisocial.

1.4. La construcción de la propia identidad

La adolescencia es actualmente una etapa de aplazamiento, un tiempo en el que se dispone de una capacidad física y cognitiva muy próximas a las de un adulto, pero en el que no se asumen todavía las responsabilidades propias de dicha edad (trabajo, familia...). Período que permite una incorporación gradual a dicho papel así como la posibilidad de conocer distintas posibilidades para desempeñarlo, cues-

tionar las experiencias reales, poder elegir entre ellas, o construir otras nuevas. Esta característica del adolescente (disponer de una capacidad física y cognitiva similar o superior a la de los adultos, ver la vida como un conjunto de posibilidades todavía sin explorar, ausencia de responsabilidades y tendencia a criticar a los adultos de forma radical) puede originar frecuentes enfrentamientos con sus padres.

La tarea fundamental de la adolescencia es la construcción de una identidad propia, diferenciada, la elaboración de un proyecto vital en sus distintas esferas, de forma que se pueda dar una adecuada respuesta a preguntas como las siguientes: ¿quién soy yo?, ¿qué quiero hacer con mi vida?, ¿en qué quiero trabajar?, ¿cómo quiero que sea mi vida social y mi vida familiar?, ¿cuáles son mis criterios morales?, ¿cuáles son los valores por los que merece la pena comprometerse?

El logro de una identidad positiva y diferenciada, que favorezca el compromiso personal y constructivo con las respuestas que uno mismo ha dado a dichas preguntas, difícilmente se alcanza antes de los últimos años de la adolescencia (19 o 20 años), siendo generalmente alcanzada después de dicha edad. Cuando dicha tarea se resuelve adecuadamente se produce una *identidad lograda*, que se caracteriza por dos criterios generales (Erikson, 1968; Marcia, 1980):

1. *Ser el resultado de un proceso de búsqueda personal activa y no una mera copia o negación de una identidad determinada.* En dicho proceso el adolescente se plantea distintas posibilidades, duda entre varias alternativas y busca activamente información sobre cada una de ellas (sobre cómo viven y trabajan personas que las representan, por ejemplo). La construcción de la identidad surge después de dicho proceso, durante el cual el adolescente puede experimentar cierta inestabilidad y tener, incluso, envidia de los compañeros que parecen más estables (porque saben ya lo que quieren, lo han conseguido....)

2. Permitir llegar a un nivel suficiente de coherencia y diferenciación, integrando: a) la diversidad de papeles que se han desempeñado y se van a desempeñar (en la familia, en trabajo...); 2) la dimensión temporal (lo que se ha sido en el pasado, lo que se es en el presente y lo que se pretende ser en el futuro); 3) lo que se percibe como real y como posible o ideal; 4) la imagen que se tiene de uno mismo y la impresión que se produce en los demás (amigos, compañeros, padres, profesores...).

No todos los adolescentes resuelven adecuadamente la tarea crítica de la adolescencia ni consiguen, por tanto, una identidad diferenciada y coherente. La crisis de identidad puede producir una serie de respuestas que reflejan cierto desequilibrio temporal, y que cuando se prolongan en exceso coinciden con las respuestas inadecuadas a dicha tarea, entre las cuales cabe destacar:

1. *La identidad difusa*, ignorando quién es uno mismo o hacia donde va. Problema que se detecta por: la ausencia de objetivos y la apatía, la incapacidad de esforzarse con cierta intensidad o durante un tiempo prolongado en una determinada dirección, la dificultad para decidir o para comprometerse con las propias decisiones. Estas características, que son relativamente frecuentes al principio de la adolescencia, pueden ser consideradas como problema cuando se prolongan en exceso, impidiendo una adecuada autorrealización en edades posteriores e incrementando el riesgo de comportamiento antisocial. Los adultos con *difusión de identidad* son inseguros, inestables y tienen una gran dificultad para comprometerse con proyectos o acciones emprendidas, parecen vivir permanentemente en la adolescencia, en crisis de identidad. Carencia que a medida que avanza la edad puede hacerles muy vulnerables a los problemas debido a que nunca llegan a lograr nada.

2. *La fijación prematura de identidad*, es el extremo opuesto al problema anterior. En esta condición el individuo

puede tener proyectos y objetivos claramente definidos, pero estos no son el resultado de una búsqueda personal entre distintas alternativas, sino la consecuencia de una presión social excesiva (generalmente de la propia familia) y/o de su propia dificultad para soportar la incertidumbre que genera el cuestionamiento de una identidad proporcionada por otro(s). Los adolescentes que establecen sus proyectos vitales de forma prematura, sin crisis ni cuestionamiento de una opción propuesta por otra persona (y que suelen decir haber elegido incluso desde su infancia) pueden parecer más tranquilos y equilibrados que sus compañeros cuando estos atraviesan por dicha crisis. Entre los riesgos que implica la identidad prematuramente definida cabe destacar: 1) el empobrecimiento de dicha identidad, limitando las posibilidades de desarrollo del individuo, así como su capacidad para comprometerse; 2) o graves discrepancias entre las decisiones adoptadas (ocupación, pareja, estilo de vida) y determinadas características personales.

3. *La identidad negativa*, se produce cuando resulta muy difícil la búsqueda de alternativas constructivas a una determinada identidad convencional (la que proponen los padres o la sociedad, por ejemplo), pero no se quiere seguir dicha propuesta, sino que se *reacciona contra ella, negándola*. El resultado de dicho proceso suele ser también muy estereotipado y limita considerablemente el desarrollo del individuo, puesto que éste suele producirse en referencia a una determinada identidad aunque en sentido contrario. Una buena parte de las conductas antisociales que presentan algunos adolescentes pueden ser una consecuencia de su *identidad negativa*. Cuando esta condición queda como estilo permanente de identidad puede producir graves problemas tanto para el propio individuo como para los demás.

La identidad lograda (coherente y diferenciada) difícilmente se alcanza hasta los 21-23 años, pudiéndose producir

ritmos de desarrollo distintos según el ámbito al que se refiere (ocupación, familia, valores....). Los adultos con una identidad lograda tienen más capacidad para superar los problemas sociales y emocionales que los adultos con identidad difusa, prematura o negativa.

Cambios en la forma de ver el mundo

Para llevar a cabo la tarea fundamental de la adolescencia, en esta edad puede comenzar a desarrollarse una forma diferente de ver el mundo, el pensamiento abstracto, que permite un gran distanciamiento de la realidad inmediata para juzgarla a partir de lo que podría ser, imaginar otras posibilidades además de las que existen, pensar sobre los propios procesos psicológicos, sobre lo que se piensa o lo que se siente, tratar de explicar lo que sucede a través de múltiples hipótesis, o analizar todas las posibilidades y valorar la realidad como una de dichas posibilidades. Capacidad que no todos los adolescentes desarrollan por igual y que desempeña un decisivo papel en la principal tarea que debe realizarse en esta edad: la construcción del propio proyecto vital. Para elaborarlo adecuadamente conviene plantearse la propia vida como un conjunto de posibilidades que pueden ir mucho más allá de las realidades que rodean al adolescente. Estos cambios pueden ser el origen de algunos problemas de indisciplina, al hacer por ejemplo que el adolescente imagine nuevas posibilidades para transgredir las reglas establecidas y descubra las contradicciones o exageraciones de lo que le dicen los adultos encargados de su educación.

La necesidad de ser especial

La capacidad del adolescente para distanciarse de la realidad inmediata y pensar sobre sus propios procesos psicológicos, suele llevarle al principio (entre los 12 y los 16 años) a un tipo especial de *egocentrismo*, caracterizado por creer

que lo que a él le preocupa es también objeto de preocupación para los demás, creyendo por ejemplo que los otros le prestan tanta atención (a su aspecto y a su conducta) como él mismo se presta, anticipando continuamente cuáles van a ser las reacciones que producirá en los demás, como si estuviera ante un *auditorio imaginario* (Elkind, 1967).

La tendencia de los adolescentes a pensar sobre sí mismos, a buscar su diferenciación y su coherencia, les lleva a contarse una historia sobre sí mismos basada en el convencimiento de que su experiencia personal es algo especial y único. Este problema podría estar en la base de las conductas de riesgo en que se implican algunos adolescentes con cierta frecuencia, creyendo que las consecuencias más probables de dichas conductas no pueden sucederles a ellos porque son especiales. Esta fuerte necesidad que los adolescentes tienen de sentirse especiales ayuda a explicar por qué a veces pueden considerar deseables determinados problemas de tipo antisocial. Y en relación a estas tendencias suele explicarse también el sentimiento de invulnerabilidad que caracteriza a los adolescentes con frecuencia, puesto que creen que no van a sufrir las consecuencias más probables de las conductas de riesgo en las que incurren porque son especiales (Schinke, Botvin y Orlandi, 1991).

Los problemas anteriormente mencionados pueden comenzar a superarse a través de una *adecuada interacción con compañeros*, que permita al adolescente contar con un auditorio real con el que compartir sus pensamientos y sentimientos y descubrir así que a pesar de ser diferente comparte con los demás importantes semejanzas, puesto que todos somos únicos y especiales y al mismo tiempo iguales a los demás, incluso en la adolescencia.

Búsqueda de sensaciones y atracción por el riesgo

La habilidad para afrontar con eficacia y autonomía las situaciones de riesgo es un aspecto importante de nuestra ca-

pacidad de adaptación que suele desarrollarse bastante tarde. En relación a lo cual cabe considerar la escasa eficacia que suelen tener con los jóvenes los intentos de prevenir graves problemas que aumentan en dicha edad (accidentes de tráfico, embarazos no deseados, drogadicciones....) informando simplemente sobre el riesgo que suponen las imprudencias. Y es que con frecuencia el adolescente se comporta como si se creyera invulnerable (o incluso inmortal), como si no fuera a sufrir las consecuencias de los riesgos en los que incurre (porque él es especial). Esta tendencia a participar en situaciones arriesgadas (bebiendo mucho alcohol, llegando a la violencia...) se incrementa, además, por la orientación del adolescente hacia la novedad y la independencia, que le lleva a buscar nuevas sensaciones (Arnett, 1992).

Para comprender la conducta de riesgo en los adolescentes es necesario tener en cuenta que no se produce de forma gratuita, porque sí, sino que puede ser utilizada para responder a funciones psicológicas y sociales, especialmente cuando no se dispone de otros recursos para ello (Jessor, 1992). Entre dichas funciones cabe destacar: la integración en el grupo de compañeros, la reducción del estrés y de la incertidumbre sobre la propia identidad, obtener experiencias de poder y protagonismo social, establecer la autonomía de los padres, rechazar las normas y valores de la autoridad convencional, o marcar la transición de la infancia al estatus adulto.

En función de lo anteriormente expuesto, se deduce que para prevenir las conductas de riesgo no basta con enseñar a rechazarlas sino que es preciso desarrollar otras alternativas que las hagan innecesarias.

2. *La calidad de la interacción individuo-ambiente a distintos niveles: la psicología ecológica*

La perspectiva más adecuada para conceptualizar la complejidad de las causas ambientales que incrementan o redu-

cen el riesgo de que surja el comportamiento antisocial es la planteada desde el enfoque ecológico,(Bronfenbrenner, 1979), y su diferenciación en cuatro niveles : 1) el *microsistema*, o contexto inmediato en que se encuentra una persona, como por ejemplo la escuela o la familia; 2) el *mesosistema*, o conjunto de contextos en los que se desenvuelve (la comunicación entre la familia y la escuela, situada dentro de este nivel, representa una condición protectora contra el deterioro producido por numerosas condiciones de riesgo de conductas antisociales); 3) el *exosistema*, estructuras sociales que no contienen en sí mismas a las personas pero que influyen en los entornos específicos que sí lo contienen, como la televisión o la facilidad para acceder a las armas; 4) y el *macrosistema*, conjunto de esquemas y valores culturales del cual los niveles anteriores son manifestaciones concretas.

2.1. El microsistema familiar

La prevención a través de la familia es especialmente importante porque a través de ella se adquieren los primeros esquemas y modelos en torno a los cuales se estructuran las relaciones sociales y se desarrollan las expectativas básicas sobre lo que se puede esperar de uno mismo y de los demás, esquemas que tienen una gran influencia en el resto de las relaciones que se establecen.

En las condiciones que incrementan el riesgo de comportamiento antisocial se detectan algunas características del microsistema familiar (Schwartz, Dodge, Pettit y Bates, 1997; Espelage, Bosworth y Simon, 2000); como son: la ausencia de una relación afectiva cálida y segura por parte de los padres, que manifiestan actitudes negativas y/o escasa disponibilidad para atender al niño; y fuertes dificultades para enseñarle a respetar límites, combinando la permisividad ante la violencia con el frecuente empleo de métodos coercitivos autoritarios, utilizando en muchos casos el castigo físico.

Los resultados anteriormente expuestos resultan coherentes con los obtenidos sistemáticamente al estudiar los antecedentes familiares de la conducta de maltrato, en los que se encuentra que una de sus principales causas es haber estado expuesto al maltrato en la infancia o en la adolescencia en la familia de origen, en la que se aprenden los modelos y expectativas básicos en función de los cuales se da significado al mundo social propio y ajeno.

Los niños maltratados sufren una serie de alteraciones en su desarrollo estrechamente relacionadas con la tendencia al comportamiento antisocial, que podrían actuar como mediadores en la transmisión intergeneracional del maltrato, entre las cuales cabe destacar (Díaz-Aguado, Dir, 1995, 1996): 1) la ausencia de habilidades alternativas para lograr objetivos sociales; 2) sesgos cognitivos que les llevan a justificar la conducta agresiva atribuyéndola a la maldad de la víctima (que habrían adquirido al justificar la violencia de sus padres en función de su propia maldad; 3) dificultades en los modelos básicos y en la capacidad de autorregulación de las emociones negativas que en dicho contexto se adquieren; 4) y problemas en el desarrollo de la empatía, que les llevan a comportarse con hostilidad ante las señales de sufrimiento de los demás en lugar de comportarse de forma prosocial.

Los estudios longitudinales realizados, en este sentido, reflejan además una importante continuidad en el comportamiento agresivo y antisocial, observando que los adolescentes y adultos procesados por delitos violentos se caracterizaban desde su inicio en la escuela por la frecuencia y gravedad de sus conductas agresivas (Lewis, Malloch y Webb, 1989); y que uno de los principales antecedentes del comportamiento violento es haber sufrido una disciplina extremadamente coercitiva en ausencia de interacciones positivas entre los padres y el niño (Schwartz, Dodge, Pettit y Bates, 1997).

Para valorar las consecuencias del esquema de relación coercitiva que a veces se observa entre los padres y sus hijos, conviene tener en cuenta que una vez iniciado dicho esquema tiende a provocar una escalada de la coerción en la que los padres y los hijos se dirigen mutuamente conductas de carácter cada vez más aversivo (Patterson, 1982).

Las observaciones realizadas en familias en las que se recurre a la violencia ponen de manifiesto una serie de condiciones relacionadas con los esquemas coercitivos que contribuyen a su escalada al: 1) disminuir la posibilidad de establecer relaciones positivas; 2) repetirse crónicamente y hacerse con ello más grave; 3) extenderse a las diversas relaciones que en el sistema familiar se producen (Burgess y Conger, 1978).

Existe actualmente un gran consenso en aceptar que la probabilidad de las escaladas coercitivas aumenta cuando el *nivel de estrés que experimentan los padres es superior a su capacidad para afrontarlo* (Strauss y Kantor, 1987). Una importante fuente de estrés familiar procede, sin lugar a duda, de las condiciones extremas de pobreza y de las dificultades que de ella suelen derivarse en la vivienda familiar (condiciones higiénicas, falta de espacio, temperaturas extremas...). En función de lo cual puede explicarse por qué dichas condiciones extremas son una condición de riesgo psico-social para las personas que en ellas se encuentran, incluyendo en este sentido el riesgo de violencia (Wolfe, 1988). Conviene tener en cuenta que la pobreza no produce por sí sola estos problemas, sino que aumenta su probabilidad. En otras palabras, que la mayoría de las familias que atraviesan por dificultades sociales o económicas graves no recurren a escaladas coercitivas; y que éstas se producen en todas las clases sociales. De lo cual se deduce que una de las actuaciones necesarias para prevenir el comportamiento antisocial es mejorar las condiciones de vida de las familias que atraviesan por graves dificultades.

2.2. El microsistema escolar

Los estudios realizados en los últimos años sobre uno de los comportamientos antisociales más graves de los que se producen en la escuela, el *bullying* (a la que se ha denominado con el término inglés *bullying*, derivado de *bull*, matón) reflejan que: 1) suele incluir conductas de diversa naturaleza (burlas, amenazas, intimidaciones, agresiones físicas, aislamiento sistemático, insultos); 2)) tiende a originar problemas que se repiten y prolongan durante cierto tiempo; 3) suele estar provocada por un alumno (el matón), apoyado generalmente en un grupo, contra una víctima que se encuentra indefensa, que no puede por sí misma salir de esta situación; 4) y se mantiene debido a la ignorancia o pasividad de las personas que rodean a los agresores y a las víctimas sin intervenir directamente.

Los estudios realizados sobre el *bullying* en la escuela reflejan que éste se produce con una frecuencia bastante superior a lo que cabría temer. Parece que a lo largo de su vida escolar todos los alumnos podrían verse dañados por este problema, como observadores pasivos (la situación más frecuente), víctimas o agresores.

Como sucede con cualquier otra forma de violencia, también la que se produce en la escuela suele ser el resultado de múltiples influencias, en torno a las cuales hay que situar su diagnóstico y prevención. Los resultados obtenidos en las investigaciones más recientes permiten destacar, en este sentido, tres características básicas de la escuela tradicional relacionadas con la incoherencia entre el currículum explícito y el oculto:

1. *La cultura y el comportamiento del grupo de iguales.* Los compañeros suelen estar presentes, como observadores, en la mayoría de los episodios de violencia escolar (Cowie, 2000; Pellegrini, Bartini y Brooks, 1999). En los estudios sobre el perfil de víctimas y agresores se observa,

además, que la víctima suele estar fuertemente aislada, sin amigos, y ser bastante impopular, sufriendo ambos problemas en mayor medida que los agresores.

2. *Falta de respuesta y conspiración del silencio.* En el estudio del Defensor del Pueblo (2000) realizado en España, sobre la violencia en la Educación Secundaria Obligatoria, se encuentra que los profesores atribuyen dicho problema sobre todo a causas personales o familiares de los alumnos, que están por tanto fuera de su control. Representación que dificulta la adopción de medidas destinadas a prevenirlo desde la escuela. En relación a lo cual cabe interpretar también la escasa frecuencia con la que los alumnos comunican al profesorado los episodios de violencia que sufren o conocen. Siendo los amigos la fuente de ayuda principal. Esta *conspiración del silencio* que parece existir también en la escuela, deja a las víctimas sin ayuda y suele ser interpretada por los agresores como un apoyo implícito. En relación a lo cual cabe considerar también que la violencia entre escolares disminuya cuando se rompe dicha conspiración, estableciendo contextos normalizados en los que se trate sobre la violencia escolar, proporcionando a las víctimas la oportunidad de recibir ayuda sin ser estigmatizadas por ello, y a los agresores la de recibir el tratamiento educativo disciplinario que requieren. Características que, como sugieren los propios profesores, podrían favorecerse si recibieran una formación adecuada que les permitiera afrontar con eficacia el tipo de problemas que conducen a la violencia (Boulton, 1997).

3. *El tratamiento inadecuado de la diversidad y las experiencias de exclusión y humillación.* El tratamiento habitual que se da en la escuela tradicional a la diversidad étnica (Gillborn, 1992), actuando como si no existiera, puede explicar su escasa sensibilidad para combatir el *acoso racista* y sexista (humillaciones, generalmente verbales, asociadas a la pertenencia a un determinado colectivo); problema que suele ser muy difícil de detectar para el profesorado y que,

casi siempre, va más allá de las puertas de la escuela. Para prevenirlo, es preciso superar también la conspiración del silencio respecto a estos problemas, incluyendo el tratamiento del racismo y del sexismo en el currículum, dentro de programas globales que proporcionen experiencias de igualdad y ayuden a erradicar la exclusión, una de las principales condiciones de riesgo de violencia (Troyna y Hatcher, 1992).

2.3. El mesosistema: la relación entre la escuela y la familia

La mayoría de las investigaciones que se han realizado sobre las características del mesosistema de los niños que influyen en el riesgo social se han concentrado en el estudio de la vida familiar y su entorno, encontrando como principal condición de riesgo que aquél suele estar aislado de otros sistemas sociales (parientes, vecinos, amigos, asociaciones...).

La cantidad y calidad del apoyo social del que una familia dispone representa una de las principales condiciones que disminuyen el riesgo social, puesto que dicho apoyo puede proporcionar: 1) ayuda para resolver los problemas; 2) acceso a información precisa sobre las otras formas de resolver los problemas; 3) y oportunidades de mejorar la autoestima.

A partir del expuesto en los dos párrafos anteriores se deduce que la lucha contra la exclusión a la que están sometidas algunas familias debe ser considerada como un principio básico para disminuir el riesgo social.

De acuerdo al principio básico planteado por el enfoque ecológico, una importante línea de actuación para mejorar la eficacia de la educación en la prevención del comportamiento antisocial es *estimular una comunicación positiva entre la escuela y la familia*, comunicación que resulta especialmente necesaria para los niños con más dificultades de adaptación al sistema escolar y/o con más riesgo social.

Cabe temer, sin embargo, que las razones que subyacen al aislamiento que suele caracterizar a sus familias dificultan también la relación entre dichas familias y el sistema escolar. Las investigaciones que acabamos de publicar (Díaz-Aguado, 2004) sobre la intervención a través de las familias, sugieren la necesidad y posibilidad de desarrollar nuevos esquemas de colaboración con dichas familias (respetando el papel de cada agente educativo y evitando el paternalismo y la estigmatización...) para que esta comunicación resulte eficaz.

2.4. El papel de los medios de comunicación

Los medios de comunicación nos ponen en contacto casi permanente con comportamientos antisociales. Probablemente por eso son considerados con frecuencia como una de las principales causas que los origina en los niños y en los jóvenes. Los estudios científicos realizados en torno a este tema permiten extraer, en este sentido, las siguientes conclusiones (Díaz-Aguado, Dir., 1996):

1. Los comportamientos y actitudes que los niños observan en la televisión, tanto de tipo positivo (la solidaridad, la tolerancia...) como de tipo negativo (la violencia...), influyen en los comportamientos que manifiestan inmediatamente después. En los que se detecta una tendencia significativa a imitar lo que acaban de ver en la televisión. De lo cual se derivan dos importantes conclusiones: 1) la necesidad, ampliamente reconocida, de proteger a los niños de los comportamientos destructivos a los que con frecuencia están expuestos a través de la televisión; 2) así como la posibilidad y conveniencia de utilizar la tecnología de la televisión con carácter educativo, para favorecer comportamientos prosociales.

2. En estudios longitudinales recientes, se ha observado que la cantidad de violencia televisiva vista durante la infancia permite predecir la cantidad de violencia ejercida en

la edad adulta. Relación que cabe atribuir tanto a la influencia negativa de lo observado en televisión como al hecho de que los niños con más dificultades sociales y emocionales suelen pasar más tiempo frente a la pantalla y manifiesten una mayor preferencia por los programas violentos. Por lo que cabe temer que sus problemas iniciales se vean incrementados por la influencia negativa de la televisión, a la que están más expuestos. Conviene tener en cuenta, también, que la influencia de la televisión a largo plazo depende del resto de las relaciones que el niño establece; a partir de las cuales interpreta todo lo que le rodea, incluyendo lo que ve en la televisión. En función de dichas relaciones algunos niños y adolescentes son mucho más vulnerables a los efectos de la violencia televisiva que otros.

3. La repetida exposición a la violencia a través de los medios de comunicación puede producir cierta *habitación*, con el consiguiente riesgo que de ello se deriva de considerar la violencia como algo normal, inevitable; reduciendo la empatía con las víctimas de la violencia. Para favorecer la superación de esta tendencia conviene promover en los niños y en los jóvenes una actitud reflexiva y crítica respecto a la violencia que les rodea, también la que les llega a través de la televisión.

2.5. El macrosistema social. Creencias, estructuras y cambios sociales que influyen en el comportamiento antisocial

Conviene tener en cuenta, por otra parte, que algunas de las características del macrosistema social incrementan el riesgo de comportamientos antisociales. Pudiéndose destacar, en este sentido, como condiciones de riesgo generalizado: determinadas actitudes y creencias existentes en nuestra sociedad hacia la violencia y hacia los diversos papeles y relaciones sociales en cuyo contexto se produce (hombre,

mujer, hijo, autoridad, o personas que se perciben como diferentes o en situación de debilidad, ...), la asociación del comportamiento antisocial con situaciones percibidas como deseables, los cambios sociales rápidos y la carencia de estructuras y vínculos sociales con los que poder responder a las necesidades que dichos cambios originan. Y como condiciones que afectan a los colectivos más desfavorecidos: la pobreza y la exclusión social.

La adolescencia actual y la incertidumbre sobre el futuro

Para comprender cómo afectan los actuales cambios sociales a los adolescentes de nuestro entorno, y por qué parece estar aumentando el riesgo de comportamiento antisocial, conviene tener en cuenta las conclusiones de los estudios llevados a cabo en los últimos años sobre los adolescentes españoles, en los que se destaca como una de sus principales dificultades la escasa orientación hacia el futuro, que puede ser destacada por tanto como una característica de la generación adolescente actual, estrechamente asociada a la incertidumbre. En este sentido, por ejemplo, se orienta el Informe del INJUVE «Juventud en España, 2000» (Martín Serrano y Velarde Hermida, 2001), en el que se observa que:

1. *El presentismo parece ser una reacción a la incertidumbre y al fracaso.* La mayoría de los/as jóvenes (el 66%) está de acuerdo con la idea de que «el futuro es tan incierto que lo mejor es vivir al día». Actitud que se relaciona con la falta de perspectivas de futuro, puesto que disminuye cuando: 1) se superan los estudios primarios y sobre todo cuando se alcanzan los universitarios; 2) no se tienen sentimientos de fracaso escolar; 3) se leen cinco o más libros al año; 4) no se ocupa mucho tiempo viendo la televisión; 5) y a partir de los 21 años.

2. El fracaso en los estudios y la incertidumbre sobre el futuro laboral son las principales fuentes de preocupación. La respuesta más frecuente (dada por el 35%) sobre cuál es el problema personal que más le preocupa es la ocupación y la responsabilidad profesional (estudio-trabajo). La experiencia de fracasar en el colegio o instituto está muy extendida, puesto que afirmar haberla vivido el 38%; cifra que supera bastante a la de los que afirman haber tenido una experiencia similar en la universidad (el 23%). Para valorar el significado del fracaso en los primeros niveles educativos conviene tener en cuenta que está estrechamente relacionado con el abandono prematuro de los estudios, y que el sentimiento de fracaso es más frecuente: 1) entre los chicos, 2) entre los que son adolescentes en el momento de realizar la encuesta; 3) y tanto más frecuente cuanto menor es el estatus socioeconómico. La integración de estos resultados con los que se resumen en el apartado anterior ayuda a entender qué condiciones incrementan en la actualidad la dificultad de los y las adolescentes para apropiarse de su futuro.

3. La felicidad como ausencia de responsabilidades y dificultades de incorporación al mundo de los adultos. La infancia es considerada como la etapa más feliz de la vida debido a la ausencia de responsabilidades (el 44% la considera la etapa más feliz; y el 48% como una etapa igual de feliz que otra/s). Esta tendencia es claramente contraria a la que tuvo la generación de sus padres y madres cuando eran jóvenes, mucho más orientados a incorporarse a las responsabilidades adultas.

Los resultados anteriormente expuestos ponen de manifiesto la relevancia que la lucha contra el fracaso escolar y la exclusión tiene para mejorar las condiciones en las que se desarrolla la adolescencia actual así como para prevenir el comportamiento antisocial. Las investigaciones realizadas sobre cómo conseguirlo reflejan la necesidad de llevar a cabo importantes innovaciones en la forma de enseñar, que

permitan distribuir el protagonismo académico y el control sobre las actividades educativas.

DIEZ PRINCIPIOS BÁSICOS PARA PREVENIR EL COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL DESDE LA EDUCACIÓN

A partir de las investigaciones realizadas con anterioridad sobre este tema, y de acuerdo con el análisis de las condiciones de riesgo y de protección frente al comportamiento antisocial propuestas por los dos enfoques anteriormente mencionados, se proponen diez principios básicos de prevención y tratamiento del comportamiento antisocial desde la educación.

1. Adaptar tanto la educación familiar como la educación escolara los actuales cambios sociales, incrementando la cooperación

Para comprender la crisis por las que atraviesa la educación tradicional conviene tener en cuenta que la actual Revolución Tecnológica provoca una serie de cambios que producen fuertes contradicciones y paradojas, entre:

1. La dificultad para comprender lo que sucede frente a la gran cantidad de información disponible.
2. La ausencia de certezas absolutas frente al resurgimiento de formas de absolutismo y autoritarismo que se creían superadas.
3. La eliminación de las barreras espaciales en la comunicación frente a un riesgo cada vez más grave de aislamiento y exclusión social.
4. Una creciente conciencia de la necesidad de protección de la infancia y la familia frente el surgimiento de formas de violencia y de explotación de los menores incompatibles con dicha conciencia.

5. Un superior rechazo a la violencia del que ha existido en otras épocas, que lleva a desarrollar herramientas más sofisticadas para erradicarla, frente a un riesgo de violencia que también es hoy superior.

Para comprender cómo afectan los cambios que estamos viviendo a la calidad educativa conviene recordar que el concepto de infancia surge en relación a los cambios originados por la Revolución Industrial. A partir de los cuales se reconoce su peculiaridad y su necesidad de protección, separando a los niños y a las niñas del mundo de los adultos y de su残酷, a través de las barreras que supone la familia nuclear y la escuela tradicional. Los cambios actuales, originados por la Revolución Tecnológica, reducen la eficacia de dichas barreras, exponiendo a la infancia con demasiada frecuencia a riesgos excesivos, hasta el punto de temer por lo que se ha denominado como la *desaparición de la infancia*.

Para comprender las consecuencias que sobre la calidad de la educación producen los actuales cambios sociales conviene tener en cuenta, las transformaciones que originan en los dos contextos creados en la Revolución Industrial para llevarla a cabo: la familia nuclear y la escuela tradicional, caracterizados ambos por su aislamiento del mundo exterior y por una fuerte jerarquización de las relaciones que en ellos se establecen:

- *La familia nuclear* se aisló de la familia extensa, especializándose en el cuidado de los/as hijos/as, en torno a una figura, la madre, aislada también de lo que sucedía más allá del reducido mundo privado en el que transcurría su vida, y fuertemente jerarquizada en torno a la autoridad paterna. Esta estructura familiar, cada día menos frecuente, no favorece la calidad de la educación hoy, que pueden llevar a cabo mejor adultos que no estén aislados del mundo exterior, con un

suficiente nivel de control sobre sus propias vidas, que les permita estar psicológicamente disponibles para asumir conjuntamente la responsabilidad de educar y comprender los cambios que deben afrontar sus hijos/as.

- *La escuela tradicional*, que se extendió a sectores cada vez más amplios de la población. Estructurada en torno a la homogeneidad y fuertemente jerarquizada, alrededor de la autoridad incondicional del profesor. En la que los/as alumnos/as que no encajaban con lo que se esperaba del alumno medio eran excluidos de ella. Las crecientes dificultades que el profesorado describe en los últimos años, especialmente en el nivel de Educación Secundaria Obligatoria y en relación a la convivencia, refleja la necesidad de adaptar también este contexto a las exigencias de la sociedad actual.

Para superar los problemas anteriormente mencionados y mejorar la educación, es preciso poner en marcha nuevas y más estrechas formas de colaboración entre la escuela y la familia, creando estructuras educativas que favorezcan la cooperación a múltiples niveles: entre los adultos que comparten la responsabilidad de la educación familiar, entre la familia y la escuela, entre ambas instituciones y el resto de la sociedad.

2. *Garantizar desde la educación familiar tres condiciones básicas de las que depende su calidad*

A través de la educación familiar, hay que proporcionar a los hijos y a las hijas tres condiciones básicas de las que depende su calidad:

1. Una relación afectiva cálida, que les proporcione seguridad sin protegerles en exceso.

2. Un cuidado atento, adecuado a las cambiantes necesidades de seguridad y autonomía que experimentan con la edad.
3. Y una disciplina consistente, sin caer en el autoritarismo ni en la negligencia, que les ayude a respetar ciertos límites y aprender a controlar su propia conducta. Para lograrlo es preciso ayudarles a entender las consecuencias que su conducta tiene para los demás. Los estudios realizados sobre la educación familiar reflejan que, tanto cuando se pregunta a los adultos como cuando se pregunta a los adolescentes, las principales dificultades actuales se concentran en esta tercera condición.

Conviene tener en cuenta, además, que las tres condiciones anteriormente mencionadas no se producen de forma automática, como consecuencia de ningún instinto. Por el contrario, para educar adecuadamente a una hija o a un hijo, tanto el padre como la madre necesitan *aprender* importantes habilidades:

1. Habilidades para entenderle, para saber qué necesita en cada momento.
2. Habilidades para elegir o diseñar experiencias educativas, que contribuyan a su desarrollo.
3. Habilidades para establecer una comunicación continua con ella o él.

En ningún otro contexto social podemos encontrar los seres humanos una atención tan continuada y un afecto tan incondicional como el que deben manifestarnos en la familia desde nuestra infancia los adultos encargados de protegernos y educarnos. Estas condiciones son fundamentales para aprender que somos personas únicas y dignas de ser amadas, para desarrollar la empatía y la confianza básica, los fundamentos de la personalidad y de los valores democráticos con los que pretende identificarse nuestra sociedad. La

conocida frase según la cual *madre no hay más que una*, refleja esta especialización de la familia así como que tradicionalmente el padre era pasivo en el desempeño de estas dos primeras tareas (el afecto y la atención); reservándose para la tercera: la enseñanza de los límites y la disciplina (que al ser ejercida separada de las dos anteriores suele aplicarse de forma autoritaria). Así puede explicarse por qué en esta estructura tradicional, la ausencia de la figura paterna es con frecuencia origen de problemas relacionados con la violencia y otras conductas antisociales, que reflejan un mal aprendizaje de los límites y las normas de convivencia. Los estudios realizados, en este sentido, reflejan que la complejidad del mundo actual exige que tanto el padre como la madre compartan la responsabilidad de educar a sus hijos y a sus hijas, que la mejor estructura posible es la que permite que la educación familiar sea asumida como una responsabilidad compartida por adultos que expresan a través de su relación los valores de amor, confianza y respeto mutuo, en los que debe basarse la educación familiar. La situación ideal es que compartan las tres tareas, aunque en ocasiones, como ha sucedido tradicionalmente, cada uno de ellos resulte especialmente eficaz para alguna de ellas. Las investigaciones sugieren, también, que cuando la relación entre dichos adultos tiene una calidad positiva, el hecho de que sean dos puede contribuir a garantizar las tres condiciones, siempre que la educación se asuma como una responsabilidad compartida.

3. Desarrollar modelos y expectativas básicos basados en la empatía y la confianza, que favorezcan la capacidad de autorregulación

La capacidad de autorregulación de las propias emociones y conductas de forma prosocial comienza a desarrollarse desde las primeras relaciones que el niño establece con lo-

sadultos encargados de su cuidado. Cuando éstos responden con sensibilidad y consistencia a las demandas de atención del niño, le ayuda a desarrollar la confianza básica en su propia capacidad para influir en los demás con éxito e información adecuada sobre cómo conseguirlo y adquirir pautas de autorregulación que contribuyen a prevenir el comportamiento antisocial.

Para favorecer el desarrollo de modelos internos positivos en los niños o adolescentes que los desarrollaron inicialmente de carácter negativo es preciso proporcionarles experiencias de interacción con adultos que tengan una adecuada disponibilidad psicológica, con los cuales puedan aprender: 1) a confiar en sí mismos y en los demás; 2) a predecir, interpretar y expresar sus emociones; 3) así como a estructurar de forma consistente su comportamiento en relación al comportamiento de los demás.

Para ayudar a superar el deterioro producido en estos modelos básicos por condiciones anteriores adversas, es muy importante proporcionar al niño o adolescente que las ha sufrido un contexto protegido (como el que puede establecerse a través de la terapia con un psicólogo), en el que pueda expresar sus problemas sin miedo ni ansiedad y obtener la ayuda necesaria para conceptualizar adecuadamente dichas experiencias, superando los fuertes sentimientos de culpabilidad e infravaloración que con frecuencia originan.

Cuando un adolescente no ha aprendido a estructurar de forma coherente su conducta en relación a la conducta de otra persona puede intentar, por ejemplo, pedir afecto y atención con conductas agresivas, con lo que consigue precisamente lo contrario de lo que pretende. En estos casos, es muy importante enseñarle qué es lo que realmente está expresando con su conducta, qué consecuencias tiene en el otro, qué límites es necesario respetar, y cómo modificar su conducta si quiere que ésta tenga otras consecuencias. Para enseñarle todo este proceso a veces conviene establecer (incluso en forma escrita) un contrato con el adolescente en

el que se especifique qué condiciones deberá cumplir para lograr determinadas consecuencias en el otro, qué límites existen en la relación y qué deberá hacer si no los respeta para reparar o compensar el daño originado.

Y para aquellos casos extremos, en los que se han vivido experiencias de maltrato, para curar sus secuelas y prevenir la reproducción intergeneracional conviene promover cuatro características que distinguen a los adultos que a pesar de haberlo sufrido en su familia de origen no lo reproducen en su vida adulta: 1) el establecimiento de vínculos sociales no violentos que ayuden a desarrollar esquemas y expectativas sociales básicos alternativos a la violencia; 2) el rechazo a toda forma de violencia, incluyendo en él la crítica a la que se vivió en la infancia, reconociendo a otra(s) personas las emociones suscitadas; 3) el compromiso de no reproducir la violencia; 4) y la adquisición de habilidades alternativas a la violencia que permitan afrontar el estrés y resolver los conflictos sociales con eficacia.

4. Luchar contra la exclusión, desarrollar el sentido del propio proyecto y enseñar a afrontar el éxito y el fracaso

Desde los primeros estudios longitudinales sobre el origen del comportamiento antisocial en la edad adulta, se ha observado continuidad entre determinados problemas relacionados con la exclusión, tal como se manifiesta en la escuela desde los 8 o 10 años de edad, y el comportamiento antisocial en la juventud y en la edad adulta. Los resultados obtenidos en nuestras investigaciones con estudiantes de secundaria sugieren también que la exclusión social puede estar en el origen de su identificación con la violencia (Díaz-Aguado, Dir., 1996).

Para luchar contra la exclusión, la escuela debe incorporar innovaciones que permitan distribuir el protagonismo

académico, el poder. Conviene tener en cuenta que esta distribución del poder, tiene además de su dimensión social una dimensión individual de gran significado en la calidad de la vida de las personas; a la que suele hacerse referencia en distintos foros internacionales con el término de *empowerment*. La educación puede desempeñar un papel decisivo en el desarrollo de esta dimensión también en su aspecto individual, ayudando a que cada alumno y alumna defina sus propios proyectos escolares, desarrollando así el poder de controlar y decidir su propia vida (decidiendo objetivos y medios para alcanzarlos, incrementando la capacidad de esforzarse por conseguirlos, superando los obstáculos que con frecuencia surgen en dicho proceso...) Conviene tener en cuenta que el sentido del proyecto mejora la calidad de la vida de las personas y el riesgo de reaccionar con comportamientos que deterioran la convivencia. Los estudios que hemos realizado reflejan la eficacia que los procedimientos educativos participativos, como el aprendizaje cooperativo en grupos heterogéneos, tienen para incrementar el *empowerment* del alumnado, adaptando el estilo de enseñanza-aprendizaje y el modelo de la interacción educativa a la diversidad y superando los obstáculos que de lo contrario conducen a la discriminación y al comportamiento disruptivo.

Para ayudar a superar las tensiones que implica la continua exposición de los niños a situaciones de éxito y fracaso que existe en contextos de aprendizaje, conviene:

1. Relativizar ambas situaciones, ayudando, por ejemplo, a no considerarse superior a los demás cuando se tiene éxito, ni inferior cuando se vive un fracaso.
2. Considerar las situaciones en las no se obtienen los resultados deseados como problemas a resolver, más que como fracasos, concentrando la atención del niño en qué puede hacer él para superar dichas dificultades y ayudándole a conseguirlo.

Conviene tener en cuenta, además, que pocas experiencias generan tanto malestar psicológico como rechazarse a uno mismo. Un nivel suficiente de autoestima es una condición necesaria para movilizar el esfuerzo que requiere el aprendizaje. Los niños que se sitúan por debajo de dicho nivel (que no se aceptan a sí mismos) y que no tienen ninguna oportunidad de éxito y reconocimiento, difícilmente pueden soportar las dificultades o las comparaciones que se producen en situaciones de aprendizaje. Y en estos casos, es preciso desarrollar de forma prioritaria niveles más altos de éxito y aceptación personal. Para conseguirlo, conviene ayudar a que estos niños :

1. Se planteen objetivos realistas de aprendizaje.
2. Pongan en marcha acciones adecuadas para alcanzarlos.
3. Se esfuerzen, superando los obstáculos que suelen aparecer.
4. Y lleguen a obtener éxito y el reconocimiento que necesitan por parte de adultos más significativos (profesores, madre, padre...).

El hecho de no sufrir nunca el más mínimo fracaso y acostumbrarse a ser *siempre* el primero en todo, tampoco es una situación ideal. Los niños que se acostumbran a ella pueden tener dificultades posteriores cuando se sientan fracasar (por el mero hecho de no ser los primeros). Enseñar a estos niños a relativizar su éxito, suele ser necesario para que puedan después relativizar el fracaso, así como para que comprendan a los demás.

5. *Incrementar la coherencia educativa, entre lo que se pretende enseñar teóricamente y lo que se enseña en la práctica*

Uno de los principales obstáculos que debe superar hoy la educación es lo que Jackson (1968) denominó *currículum*

oculto. En función del cual se transmiten las expectativas asociadas al papel de alumno (sumisión, obediencia....) que entran en contradicción con los objetivos del currículum explícito (autonomía, capacidad crítica).

Las observaciones realizadas por Jackson sobre *La vida en las aulas* (1968) le llevaron a destacar tres aspectos básicos del currículum oculto existente en la escuela tradicional que conducen al aprendizaje de la sumisión y la heteronomía:

1. *La monotonía de la vida escolar*. Los niños deben aprender a esperar, a tener paciencia, a permanecer inmóviles, durante largos períodos de tiempo, ignorando a sus compañeros. («Sólo en la escuela pasan diariamente tantas horas 30 o 35 personas tan juntas sin poder la mayor parte del tiempo comunicarse entre sí»).

2. *La naturaleza de la evaluación educativa*: su carácter no explícito, sus contradicciones y la imposibilidad de que el alumno pueda discutirla. Los alumnos deben aprender cómo funciona este complejo mecanismo para garantizarse el máximo de recompensas y el mínimo de castigos, aprender a acomodarse a las expectativas de los demás y a conseguir la aprobación simultánea de dos audiencias, el profesor y los compañeros, que con frecuencia entran en conflicto.

3. *La fuerte jerarquización de la vida escolar* y la concentración del control en el profesor. Los alumnos deben acostumbrarse a la diferencia de poder, sustituyendo los propios planes e iniciativas por los que el profesor impone.

Para superar las dificultades asociadas al currículum oculto, conviene explicitar claramente todos los aspectos del currículum escolar, para favorecer así su comprensión por todos los alumnos, y poder detectar y modificar cualquier característica que vaya en contra de los objetivos educativos que explícitamente se pretenden conseguir. Hay tener en cuenta, además, que el fuerte incremento de los problemas de indisciplina descrito en los últimos años, sobre todo por

los profesores de secundaria, pone de manifiesto que el currículum oculto ha perdido eficacia como forma de control. Para superar estas dificultades, conviene recordar que dicho currículum entra gravemente en contradicción con los objetivos educativos democráticos, y que la superación de los problemas de indisciplina exige avanzar en la democracia escolar y en la adaptación de los procesos de enseñanza-aprendizaje a la diversidad de los alumnos.

6. *Prevenirla violencia reactiva y la violencia instrumental, desarrollando alternativas*

Para prevenir desde la educación el comportamiento violento conviene diferenciar el que se produce de forma reactiva del que se utiliza como un medio.

La *violencia reactiva* es como una explosión, que surge cuando se experimenta un nivel de tensión o de dificultad que supera la capacidad de la persona (o del grupo) para afrontarlo de otra manera. Origina más violencia al aumentar a medio plazo la crispación que la provocó; y cuando se refuerza por permitir obtener a corto plazo determinados objetivos, pudiéndose convertir así en violencia instrumental, sobre todo si se justifica y si se carece de alternativas para lograrlos de otra forma. De lo anteriormente expuesto se deducen dos importantes principios de prevención de la violencia reactiva: 1) desarrollar alternativas en el sistema (estableciendo cauces) y en los individuos (desarrollando habilidades) para expresar la tensión y la dificultad de forma constructiva, sin recurrir a la violencia; 2) y reducir los altos niveles de tensión y dificultad que viven determinados colectivos.

Las personas que utilizan la *violencia instrumental*, para alcanzar sus objetivos, suelen justificarla, dándole apariencia de legitimidad. Este tipo de violencia tiende a perpetuarse al impedir desarrollar otros procedimientos más complejos para conseguir lo que se pretende y al producir un alto nivel

de crispación, provocando una serie de reacciones de violencia que contribuyen a legitimarla. Para prevenirla conviene: 1) enseñar a condenarla, que nunca está justificada la utilización de la violencia; 2) y desarrollar alternativas (en los sistemas y en los individuos) para resolver los conflictos sin recurrir a la violencia.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, para prevenir la violencia reactiva y la violencia instrumental en la escuela conviene:

1. Disminuir la dificultad y la tensión, *mejorando la calidad de la vida* de todas las personas que en ella se encuentran.

2. Establecer *cauces y procedimientos alternativos en el sistema escolar* (como las asambleas de aula que podrían llevarse a cabo en las tutorías) a través de los cuales de forma normalizada (son que nadie se sienta amenazado en ellos) puedan expresarse las tensiones y las discrepancias y resolverse los conflictos sin recurrir a la violencia (a través de la comunicación, la negociación, la mediación...).

3. Desarrollar *alternativas en todos los individuos* (alumnos, profesores, equipo de dirección....), habilidades para afrontar y expresar la tensión y resolver los conflictos sin recurrir a la violencia.

4. *Enseñar a condenar la violencia*. Para lo cual los adultos deben renunciar a utilizarla entre ellos o con aquellos a los que se supone deben educar. Lo cual es, por otra parte, incompatible con la permisividad, con la tendencia a mirar para otro lado cuando surge la violencia en la propia escuela.

7. *Mejorar la eficacia educativa de los procedimientos de disciplina*

Para mejorar la eficacia educativa de las medidas disciplinarias en la prevención y el tratamiento del comportamiento antisocial, conviene tener en cuenta que:

1. *Uno de los objetivos de la disciplina es enseñar a respetar ciertos límites*. Los estudios realizados sobre este tema reflejan que el respeto de dichos límites mejora cuando las normas son claras y coherentes, han sido elaboradas por todos los miembros de la comunidad escolar, incluidos los alumnos, y éstas se aplican a todos según unos principios previamente aceptados.

2. *La impunidad ante la violencia genera más violencia*. La eficacia de dichos límites, y del contrato social en cuyo contexto se establecen, se reduce cuando las transgresiones graves quedan impunes. Conviene tener en cuenta, en este sentido, que la violencia está siempre más allá de los límites permitidos en cualquier contrato social democrático. Y que la impunidad ante la violencia que a veces se produce en la escuela (especialmente entre iguales) es un grave obstáculo para enseñar a combatir este problema.

3. *La sanción debe contribuir a diferenciar entre agresores y víctimas, superando distorsiones*. Los estudios realizados en contextos muy diversos reflejan que la impunidad ante la violencia hace que ésta genere más violencia debido a que los agresores (y las personas que se identifican con ellos) la interpretan como un apoyo implícito, transmitiendo que aunque en teoría se condena la violencia, en la práctica se aprueba. Esto hace que las víctimas sufran lo que ellas mismas describen como una nueva victimización. Así, la impunidad contribuye a reforzar dos graves distorsiones que potencian la violencia, que llevan, en su forma más extrema, a asociar la conducta del violento con la del héroe, y, con mucha frecuencia, a culpabilizar de dicha violencia a la víctima. En este sentido, una de las funciones de la sanción es establecer con claridad quién es culpable y quién no lo es; enseñando a asumir responsabilidades a quién las tiene y a no sentirse culpable a quién no lo es.

4. *La disciplina debe favorecer cambios cognitivos, emocionales y conductuales en la dirección de los objetivos educativos y estimulando la capacidad de adopción de perspec-*

tivas. Los estudios sobre las deficiencias psicológicas que caracterizan a los adolescentes violentos reflejan que éstos suelen tener, entre otros, los siguientes problemas: 1) dificultades para comprender las consecuencias que su conducta produce en los demás; 2) distorsiones emocionales que les impiden sentir empatía y les llevan a culpar a la víctima de su propia violencia; 3) y falta de habilidades para afrontar la tensión y resolver los conflictos de forma no violenta. Los procedimientos de disciplina deberían contribuir a superar estos tres tipos de deficiencias, ayudando a que el violento se ponga en el lugar de la víctima, entienda lo destructiva que es la violencia, se arrepienta de haberla utilizado, intente reparar el daño originado y desarrolle alternativas constructivas para no volver a recurrir a ella en el futuro en situaciones similares. La eficacia educativa de la disciplina mejora cuando estos componentes son integrados con coherencia dentro de un proceso global.

5. *El respeto a los límites mejora cuando se aprenden habilidades prosociales de resolución de conflictos.* Para evitar que las conductas antisociales se repitan conviene analizar siempre qué función han podido cumplir y como desarrollar alternativas tanto en el individuo como en el contexto. Y para conseguirlo, conviene tener en cuenta que los adolescentes violentos suelen tener dificultades para comprender y resolver los conflictos y tensiones que experimentan; como consecuencia de lo cual se comportan de una forma que tiende a obstaculizar no sólo el bienestar de sus víctimas sino también su propio bienestar, porque con su violencia aumentan (por lo menos a medio y largo plazo) las tensiones y conflictos que originaron su conducta violenta. Ayudarles a descubrirlo y enseñarles procedimientos sistemáticos para resolver de forma más inteligente y justa sus tensiones y conflictos puede ser, por tanto, un procedimiento muy eficaz para prevenir la violencia. Para lo cual es preciso recordar que dichos adolescentes suelen tener alterado todo el proceso a partir del cual se analizan y resuelven en la vida

cotidiana los problemas interpersonales, proceso que incluye las seis habilidades siguientes, sobre las cuales habría que centrar la intervención: 1) definir adecuadamente el conflicto identificando todos sus componentes e integrando en dicha definición toda la información necesaria para resolverlo; 2) establecer cuáles son los objetivos y ordenarlos según su importancia; 3) diseñar las posibles soluciones al conflicto y valorar cada una de ellas teniendo en cuenta las consecuencias —positivas y negativas— que pueden tener para las distintas personas implicadas en la situación; 4) elegir la solución que se considere mejor y elaborar un plan para llevarla a cabo; 5) llevar a la práctica la solución elegida; 6) valorar los resultados obtenidos y, si no son los deseados, volver a poner en práctica todo el procedimiento para mejorarlo.

8. *Insertar el rechazo del comportamiento antisocial en una perspectiva más amplia de educación en valores, basada en los derechos humanos*

Determinadas actitudes y creencias existentes en nuestra sociedad hacia la violencia y hacia los diversos papeles y relaciones sociales en cuyo contexto se produce (hombre, mujer, hijo, autoridad, o personas que se perciben como diferentes o en situación de debilidad, ...) ejercen una decisiva influencia en los comportamientos antisociales. De lo cual se deriva la necesidad de estimular cambios que favorezcan la superación de las actitudes y creencias que contribuyen a dichos problemas, como el racismo, el sexism, la xenofobia, o la conceptualización de la violencia entre iguales como una expresión de valentía (Díaz-Aguado, Dir. 2004).

Para avanzar en los objetivos anteriormente expuestos es necesario estimular el desarrollo de: 1) la capacidad para ponerte en el lugar del otro (adopción de perspectivas), motor básico de todo el desarrollo socio-emocional y que en sus

niveles más evolucionados se extiende a todos los seres humanos; 2) y la comprensión de los derechos universales y la capacidad de usar dicha comprensión en las propias decisiones morales, coordinando dichos derechos con el deber (también universal) de respetarlos. Al incluir la violencia dentro de dicha perspectiva, conceptualizándola como una grave amenaza a los derechos humanos, se favorece su comprensión como un problema que nos afectan a todos, puesto que pone en peligro el nivel de justicia necesario para que se respeten también nuestros derechos. Es decir, como una cuestión de justicia y solidaridad, pero también de egoísmo inteligente, puesto que la mejor garantía de respeto para nuestros derechos es que se respeten los de todos.

9. Desarrollar una actitud crítica respecto a los mensajes de los medios de comunicación

El hecho de pasar mucho tiempo frente a las pantallas de los medios de comunicación suele incrementar el riesgo de *reaccionar* con comportamientos antisociales. Una de las posibles explicaciones es que en estos casos se reducen otras oportunidades educativas, que pasan a ser sustituidas por las pantallas como fuente de información para aprender lo que es la vida. No es de extrañar, por tanto, que en estos casos los niños tengan más dificultades para aprender a autorregularse y más riesgo de reaccionar con agresividad ante las frustraciones.

La violencia que se ve en las pantallas (televisión, cine, videojuegos...) puede incrementar el riesgo de violencia *instrumental* al favorecer la identificación con los personajes que la utilizan, especialmente cuando: sus protagonistas emplean la violencia y al mismo tiempo poseen valores con los que los niños y adolescentes se identifican; presentan de forma detallada y explícita la secuencia de comportamientos a través de los cuales ejercen la violencia, proporcionando

así guiones que pueden reproducirse; y la violencia sirve para obtener resultados positivos.

De lo anteriormente expuesto se deriva la necesidad de:

1. Evitar que los niños vean programas en los que se dan dichas características. Y no reproducirlos tampoco con fines educativos, para enseñar a rechazar la violencia, para lo cual deberán seleccionarse programas en los que se den las características contrarias.
2. Limitar el tiempo que pasan frente a las pantallas.
3. Enseñarles a desarrollar una actitud reflexiva y crítica respecto a lo que ven la televisión, y especialmente respecto a los programas que presentan la violencia como algo inevitable o legítimo.

Por otra parte, también conviene tener en cuenta que la televisión puede y debe cumplir un importante papel en la construcción de significados que contribuyan a prevenir el comportamiento antisocial. Uno de los ejemplos más claros de su papel, en este sentido, es su sistemática condena de la violencia de género, que ha contribuido a que hoy la reconocemos como uno de nuestros problemas más graves y que estemos dispuestos a movilizar todos los recursos que sean necesarios para erradicarla (de tipo social, educativo, judicial...).

En este sentido, la incorporación de la tecnología audiovisual (televisión, cine, vídeo....) al aula de clase puede ser de gran utilidad como instrumento educativo para prevenir comportamientos destructivos, proporcionando un excelente complemento de otros instrumentos (los textos, las explicaciones del profesor). Entre las ventajas que los documentos audiovisuales adecuadamente seleccionados pueden tener, como complemento de otras herramientas más utilizadas, cabe destacar que aquellos: favorecen un procesamiento más profundo de la información; logran un mayor impacto emocional; son más fáciles de compartir por el

conjunto de la clase; y llegan incluso a los alumnos con dificultades para atender a otros tipos de información, entre los que suelen encontrarse los alumnos con mayor riesgo social (que no suelen leer ni atender a las explicaciones del profesorado).

10. *Incrementar la colaboración entre la escuela, la familia y el resto de la sociedad e insertar dicho colaboración en un contexto de ciudadanía democrática*

La educación en y para la democracia representa una de las mejores alternativas al comportamiento antisocial. Y para conseguirlo, conviene tener en cuenta que para llegar a hacer propias las *herramientas democráticas* es preciso interactuar en actividades que permitan llevar a cabo dicha apropiación, participando activamente en una comunidad democrática; porque para que la democracia pueda ser el objetivo de la educación debe ser también el medio (Dewey, 1916). Participación que puede contribuir a superar una de las dificultades que más preocupa actualmente a los agentes educativos: la indisciplina:

«Para adquirir el sentido de la disciplina, de la solidaridad y de la responsabilidad, la escuela *activa* se esfuerza en proporcionar al niño situaciones en las que tenga que experimentar directamente las realidades morales, y que vaya descubriendo, poco a poco, por sí mismo las leyes constitucionales(...) Elaborando ellos mismos las leyes que han de reglamentar la disciplina escolar, eligiendo ellos mismos el gobierno que ha de encargarse de ejecutar esas leyes, y constituyendo ellos mismos el poder judicial que ha de tener por función la represión de los delitos, los niños tienen la oportunidad de aprender por experiencia lo que es la obediencia a una norma , la adhesión al grupo y la responsabilidad individual» (Piaget, 1933, pp. 13-14).

Cuando todos los miembros de la comunidad tienen un papel activo en la creación de las normas y éstas se conceptualizan como un instrumento para mejorar el bienestar común, su incumplimiento deja de representar una mera desobediencia y pasa a ser comprendido como una incoherencia (falta de lealtad) con uno mismo y con el grupo al que uno se siente pertenecer (Kohlberg, 1984).

El desarrollo de la democracia participativa exige poner en marcha nuevas y más estrechas formas de colaboración entre la escuela y la familia, incrementando la presencia, el poder y participación de los padres y las madres en la vida de la escuela. Para lo cual es preciso establecer nuevos esquemas de colaboración. Los resultados obtenidos en una reciente investigación (Díaz-Aguado, 2004), llevada a cabo con familias que tienen hijos adolescentes en situación de riesgo y que habían manifestado en la escuela sus dificultades educativas, reflejan la eficacia y posibilidad de llevar a la práctica esta propuesta, así como la necesidad de hacerlo desde contextos de cooperación que superen la estigmatización que a veces habíamos observado sentían las familias en situación de riesgo cuando se les ofrecían programas destinados a mejorar su situación. Y que para conseguir estos objetivos es preciso establecer contextos basados en el respeto mutuo, orientando la colaboración hacia la búsqueda conjunta de soluciones para afrontar mejor un problema compartido: adaptar la educación a las exigencias de una sociedad en la que las dos principales instituciones educativas, caracterizadas hasta ahora por su aislamiento y jerarquización de las relaciones, ya no están ni pueden estar aisladas y tienen que redefinir sus papeles educativos desde esquemas de cooperación.

Educar para la ciudadanía democrática exige que la escuela coopere de forma mucho más estrecha que hasta ahora con el resto de la sociedad, incluyendo en este sentido no sólo la cooperación ya mencionada con las familias, sino también con otros agentes sociales activos en los objetivos

de la democracia (como las organizaciones no gubernamentales o las administraciones locales, por ejemplo). Lo cual equivale a reconocer, una vez más, que la falta de aislamiento de la escuela respecto al resto de la sociedad, no sólo es el origen de muchosde sus problemas actuales sino que puede ser también el origen de sus soluciones. Para hacer que la balanza se incline en esta segunda dirección es preciso incrementar y mejorar la colaboración de la escuela con el resto de esa sociedad de la que ya no puede estar aislada.

INVESTIGACIÓN-ACCIÓN EN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL DESDE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA

Con el objetivo de mostrar el proceso y resultados observados en algunos de los intentos que hemos realizado para llevar a la práctica las propuestas anteriormente mencionadas se incluye a continuación un resumen de cuatro investigaciones llevadas a cabo en centros de Educación Secundaria durante la última década (Díaz-Aguado, Dir., 1996, 2001, 2002, 2004).

1. *Innovaciones educativas*

Las investigaciones realizadas sobre los *Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes* (recogidas en cuatro libros y dos vídeos), distribuidos gratuitamente por el Instituto de la Juventud (Díaz-Aguado, 1996) nos llevaron a diseñar cuatro procedimientos que, adecuadamente aplicados sobre cualquier contenido o materia educativa, pueden contribuir por sí mismos a mejorar la convivencia escolar y prevenir el comportamiento antisocial:1) *discusiones y debates entre compañeros divididos*

en grupos heterogéneos, sobre distinto tipo de conflictos (como los que se producen en el instituto, conflictos históricos o los que se reflejan en la prensa); 2) *experiencias de responsabilidad y solidaridad en equipos heterogéneos de aprendizaje cooperativo*, en los que los alumnos y alumnas aprendan a investigar, enseñar y aprender con compañeros y compañeras que son al mismo tiempo iguales pero diferentes; 3) *experiencias sobre procedimientos positivos y eficaces de resolución de conflictos*, a través de las cuales los y las jóvenes puedan aprender a utilizar la reflexión, la comunicación, la mediación o la negociación para defender sus intereses o sus derechos; 4) y *experiencias de democracia participativa*, basadas en la creación de contextos que permitan conocer y compaginar diversidad de perspectivas y adoptar decisiones de forma democrática.

Estos cuatro procedimientos suponen respecto a los métodos habitualmente más utilizados: 1) un significativo incremento del poder y responsabilidad que se da a los alumnos y alumnas en su propio aprendizaje; 2) agrupados en equipos heterogéneos (en rendimiento, grupo cultural, género,riesgo de violencia, nivel de integración en el colectivo de la clase...), agrupación que ayuda a superar las segregaciones y exclusiones que de lo contrario se producen en la escuela, a través de las cuales se perpetúan las que existen en el resto de la sociedad y se priva a los individuos con riesgo de comportamiento antisocial de oportunidades necesarias para reducir dicho riesgo.

En una buena parte de las actividades diseñadas dentro de estos programas, se pide a los alumnos y alumnas que desempeñen papeles adultos, como expertos en diversas áreas (*política, sociología, medios de comunicación...*): elaborando la Declaración de los Derechos Humanos de 1948 antes de pasar a analizar dicha declaración,seleccionando un spot contra el racismo entre los presentados al Consejo de Europa para el Año de la Tolerancia de 1995, realizando una encuesta sobre cómo se ven los jóvenes a sí mismos,

definiendo el significado de los términos que reproducen los estereotipos hacia determinados colectivos antes de analizar los que da la Real Academia y los que proponen dichos colectivos, o dramatizando una conferencia histórica en la que cada equipo representa a un determinado gobierno.

Los resultados obtenidos han permitido comprobar que ayudar a los y las adolescentes a desempeñar el papel de expertos es muy eficaz. Cuando hacen, por ejemplo, de expertos contra el racismo, adquieren las habilidades formales que dicha actividad supone y se apropián al mismo tiempo de su objetivo: la defensa de la tolerancia.

2. *Comprobación experimental de la eficacia de los programas*

En una primera investigación se verificó experimentalmente la eficacia de estos programas en la prevención del racismo y la violencia con 601 jóvenes, comparando los cambios producidos en los y las jóvenes que en ellos participaron con los de un grupo de control (procedente de institutos y cursos similares a los anteriores) que no participó. El número medio de sesiones de clase dedicadas a los procedimientos o contenidos propuestos en los programas por los 23 profesores que los aplicaron fue de 17. Casi todas se basaron en la discusión o cooperación entre compañeros en grupos heterogéneos. En la mayoría de los grupos la aplicación fue realizada por más de un profesor.

Comparando los cambios experimentados en los y las jóvenes que participaron en los programas con los que no lo hicieron puede concluirse que dichos programas resultan de gran eficacia para favorecer, tanto en los jóvenes detectados inicialmente en situación de riesgo como en el resto de sus compañeros, los cambios que se resumen a continuación:

1. **La disminución del riesgo de ejercer o sufrir la violencia**, evaluada a través de la entrevista aplicada sobre este tema, en la que se reflejan mejoras significativas en: 1) una adecuada conceptualización de la violencia, reconociendo su naturaleza destructiva no sólo para las víctimas más directas sino para toda la sociedad, incluyendo a los propios agresores; 2) el rechazo de la violencia como medio de resolución de conflictos y el desarrollo y disponibilidad de procedimientos alternativos eficaces (la reflexión, la comunicación, la negociación). Como reflejo de dicho cambio cabe considerar el caso de Cesar (el nombre no corresponde al real para garantizar su anonimato). Antes de participar en los programas, César refleja: tener miedo a su futuro, estar orgulloso de ser violento y desear que España vuelva a ser una dictadura. Entre los modelos de identificación y personas a las que admira menciona al grupo de amigos con los que, en situaciones que deberían ser de ocio, ejerce la violencia.

César (16 años) antes de la intervención: *«¿Has vivido hace poco alguna situación en la que sintieras agresividad?»* Agresividad he tenido siempre mucha. Soy muy agresivo. Es como un instinto. Cuando estoy agresivo no pienso. Cuando pegaron a un amigo mío no pensé. Cogí una piedra, me fuí a por ellos y al primero que vi le metí un puñetazo. Si tienes algo en la mano, pegas más fuerte. Se metieron los ocho encima de mí. Uno me cogió la espalda y me pusieron una navaja. Otro le dijo que no me rajara y le quitó la navaja. Yo me llevé todas las tortas hasta que llegaron mis amigos y nos pegamos, me sacaron de ahí, se empujaron. Cogí a uno de ellos y le dije: como vuelvas a pegar a alguien, voy a tu casa y te mato... Si alguna vez los de ETA le hacen algo a alguien de mi familia, voy a los de Herri Batasuna y les pego a todos un tiro, porque no me puedo controlar, en situaciones así no me controlo... Hay cosas que no se pueden arreglar hablando, por ejemplo si

te incitan: no se puede hablar cuando, por ejemplo como pasó el otro día, que un «moro» se puso en un partido de futbol Real Madrid-Atletic un chandal del Barcelona cerca de unos skindhead; estaba provocándoles. Yo soy ultra y estaba con los skinhead. Le pegaron en el metro porque se lo merecía. Además de su raza encima provocaba, es un inmigrante ilegal que además estaba provocando. Se tenía que haber ido a otra parte, él se lo buscaba.... Yonkis, homosexuales, gitanos, son la escoria de España.... Si me incitan, entonces está justificada la violencia. Me dan rabia por la raza, porque si no son de aquí (los moros o los gitanos), entonces te incitan y te molestan más... También se puede pasar de ellos, pero yo no puedo. Es un nervio, si pasas se van a hacer los dueños. Es como tu padre: que no hagas esto, y te pega para que aprendas. Pues con los otros igual, es ley de vida».

Después de participar en el programa, Cesar manifiesta cambios muy importantes en su relación con la violencia; pasando de conceptualizarla como un valor del que parecía sentirse orgulloso a verla como un problema que es preciso superar. Al mismo tiempo, los programas parecen haberle enseñado a tener en cuenta el respeto a los derechos humanos como criterio de justicia básico y a considerar la tolerancia como un valor deseable en la construcción de su identidad. Cambios que cabe relacionar con el hecho de que haya dejado de identificarse y ocupar su ocio con el grupo de jóvenes violentos que mencionaba en la primera entrevista.

César (16 años) después de la intervención: *¿Has vivido hace poco alguna situación en la que sintieras agresividad?* Sí, hace unas semanas en una clase. Se hicieron preguntas sobre las dictaduras. En las dictaduras no se respetan los derechos humanos... pero, en realidad, ahora tampoco se respetan. Yo sentí agresividad. *¿Cómo resolviste*

te la situación? Intenté que el profesor cambiara de tema, porque si no, no me iba a poder callar. *¿Habrá otras soluciones mejores?* Pegarse no me parece una buena solución. Sería mejor hablando. *¿Qué crees que se debería haber hecho en esta situación?* También podría haberme callado, pero lo que ocurre es que no me puedo callar... Me cuesta mucho controlarme. Lo que estamos trabajando en clase me está sirviendo para mucho, ya que ahora comienzo a controlarme mejor, porque estoy empezando a ser más tolerante. Esto es muy importante. Antes me hubiese levantado y hubiera insultado al profesor.

2. El desarrollo de la tolerancia en todos sus componentes, en lo que los jóvenes piensan, sienten y en su disponibilidad para relacionarse, con las personas y grupos hacia los que previamente se habían detectado ciertas actitudes de intolerancia. La eficacia de los programas en el desarrollo de la tolerancia se comprobó a través de distintos tipos de medidas: un cuestionario estructurado sobre actitudes hacia la diversidad y dos entrevistas semiestructuradas sobre los colectivos que sufren con más frecuencia el racismo y la intolerancia (el Pueblo Gitano y los inmigrantes).

3. Empatía y comprensión de los derechos humanos. De acuerdo con sus objetivos, los programas favorecen el desarrollo de la empatía, la capacidad de adopción de perspectivas y su aplicación a situaciones de conflictos entre derechos. Para evaluar dicha eficacia, se pedía a los jóvenes que razonaran sobre diversos conflictos morales con el objetivo de conocer su conceptualización de la justicia.

En una segunda investigación, a la que corresponden los tres programas de vídeo realizados en colaboración con la Televisión Educativa Iberoamericana que se incluyen en el vídeo dos de la Caja Azul, comprobamos que los profesores consideran que estos programas son de gran eficacia para:

1. *Favorecer el desarrollo de los jóvenes*, especialmente en: la capacidad de comunicación y cooperación, el desarrollo de la empatía, el interés por el aprendizaje, la tolerancia y la prevención de la violencia.

2. *Mejorar la convivencia escolar*, siendo especialmente visible la mejoría en las relaciones entre los alumnos, al favorecer la cohesión de cada grupo y la integración de todos y todas en el colectivo de la clase; en segundo lugar entre alumnos y profesores; y también, aunque de forma más indirecta, en las relaciones entre profesores.

3. *Mejorar la competencia general del profesor*, al permitirle: conocer mejor a los alumnos, poder responder mejor a sus necesidades, mejorar sus actitudes hacia ellos, incorporar innovaciones eficaces, reflexionar sobre su propia tarea, hacer las clases más significativas y motivadoras, desarrollar su propia tolerancia, y abordar temas y objetivos, como la prevención de la violencia, que resultaban antes de aplicar los programas muy difíciles de trabajar.

En una tercera investigación, (Díaz-Aguado y Martínez Arias, 2001; Díaz-Aguado, 2002), hemos desarrollado el programa *Prevenir la violencia contra las mujeres construyendo la igualdad desde la educación*, que es gratuitamente distribuido por la Sección de Educación del Instituto de la Mujer, en un libro y dos vídeos. El objetivo de este trabajo es extender los programas de forma que puedan prevenir también el sexismo y la violencia de género, a través de la siguiente secuencia de actividades:

A) La construcción de la igualdad.

- Desarrollo de habilidades de comunicación a partir del spot «Democracia es igualdad».
- Discusión por grupos heterogéneos sobre los distintos tipos de discriminación analizados en el vídeo didáctico, enfatizando la conexión con la vida cotidiana y el sexismo.

B) La construcción de los derechos humanos en el ámbito público y en el ámbito privado:

- Elaboración de una declaración sobre derechos humanos
- Comparación con la declaración elaborada en 1948.
- Discusión sobre las violaciones a los derechos humanos en el ámbito privado.

C) La detección del sexismio .

- El sexismio en el lenguaje.
- El sexismio en la publicidad. Discusión a partir del vídeo *La mujer en la publicidad*.
- Evaluación de Mensajes para la igualdad en equipos heterogéneos.
- Análisis de textos.

D) Favoreciendo una representación de la violencia que ayude a combatirla.

- Discusión sobre la naturaleza de la violencia, a partir del vídeo *Odio y destrucción*.
- Discusión sobre la violencia contra la mujer a partir de documentos de prensa y/o televisión.
- Elaboración de un mensaje para prevenir la violencia contra la mujer desde la adolescencia.

F) Investigación cooperativa sobre el sexismio y la violencia.

G) Sesión de discusión final sobre la integración de los temas tratados con anterioridad en la propia identidad.

La verificación experimental de la eficacia del programa que se acaba de describir se llevó a cabo sobre 480 jóvenes, procedentes de cuatro Institutos de Educación Secundaria de la Comunidad de Madrid, a partir de la evaluación realizada por el profesorado participante así como por los cambios producidos en los y las jóvenes del grupo experimental, que en ellos participaron, con los de un grupo de control, que no participó.

La valoración que del programa hacen los profesores que lo aplicaron permite llegar a las siguientes conclusiones.

1. *La aplicación transversal de los programas y el desarrollo de valores y actitudes contrarias a la violencia.* Una de sus principales aportaciones parece haber sido haber hecho posible la incorporación transversal de los valores relacionados con la igualdad y la no violencia en asignaturas muy diversas (ciencias sociales, ética, lengua y literatura, inglés, tecnología, música, tutoría...), ayudándoles a que los profesores superaran los obstáculos y dificultades que con anterioridad habían encontrado en este sentido. Entre los logros principales, destacan además, un cambio entre el profesorado en la dirección de los valores que el programa trata de transmitir; al permitirles desarrollar su propia tolerancia, mejorar sus actitudes hacia los/as alumnos/as, conocerles mejor y adaptar con más eficacia la educación a la diversidad.

2. *Sobre la perspectiva universal adoptada como punto de partida para estudiar el sexismoy la violencia de género.* Todos los profesores y profesoras que responden a las preguntas que sobre este tema se plantean en el cuestionario están de acuerdo en la necesidad de insertar el tratamiento educativo del sexismoy la violencia que se ejerce contra la mujer dentro de un enfoque más amplio, como violaciones específicas contra valores generales en cuya defensa estamos implicados todos y todas. En apoyo de la eficacia de dicha perspectiva cabe interpretar, también, que el programa haya resultado igual de eficaz para ayudar a superar el sexismoy las condiciones que conducen a la violencia tanto entre las adolescentes (más dispuestas a dichos cambios) como entre los adolescentes (más resistentes a ellos a través de procedimientos de intervención que tratan sólo sobre el sexismoy la violencia de género).

3. *La interacción en grupos heterogéneos y el papel del profesorado.* El conjunto de los resultados obtenidos refleja

que el procedimiento más utilizado ha sido el aprendizaje cooperativo, seguido por la discusión entre compañeros/as, en ambos casos en equipos heterogéneos. Procedimientos que implican: 1) un considerable incremento de interacción entre compañeros/as en el aula de clase; 2) un tipo diferente de interacción entre alumnos/as distinta a la que estos suelen establecer (estructurada en torno a procesos de enseñanza-aprendizaje, en equipos heterogéneos...); 3) y una profunda transformación de la estructura de la clase, de la distribución del poder y del protagonismo que en ella se produce (más compartido por todo el grupo). Los resultados obtenidos reflejan que la eficacia de los procedimientos propuestos depende, en buena parte, de la heterogeneidad de los grupos que se forman, en: género, rendimiento, integración en el aula, grado de sexismoy actitudes hacia la violencia.

4. *¿Por qué mejoran todas las relaciones excepto las que los chicos establecen con otros chicos?* En función de lo expuesto con anterioridad, puede explicarse por qué el programa ha contribuido a mejorar cuatrotipos de relación(entre los alumnos y las alumnas, entre las alumnas, entre el profesorado y el alumnado y entre el profesorado). Resulta algo más difícil explicar por qué no se aprecia una mejoría similar en las relaciones entre los chicos. Aunque no tenemos suficiente información para responder con precisión a esta pregunta, cabe plantear como hipótesis que quizás las actitudes sexistas y de justición de la violencia que el programa ha contribuido a superar fueran utilizadas antes por los chicos para reforzar la cohesión entre ellos, viéndose ahora ligeramente privados de uno de sus recursos sociales, de naturaleza destructiva, pero que convendría compensar en futuras aplicaciones del programa para que sus objetivos no sean percibidos en ningún aspecto como una pérdida por los alumnos.

5. *Eficacia del programa en la capacidad de comunicación y cooperación.* Los resultados obtenidos en esta inves-

tigación coinciden con los de otros estudios experimentales, en resaltar como una de las condiciones necesarias para su eficacia la adecuación de las actividades (estructura, materiales...) al nivel de abstracción y competencia comunicativa de los alumnos y alumnas. Nivel que, por otra parte, el programa parece contribuir a desarrollar. Puesto que la mayoría de los/as profesores/as destaca como dos de sus principales efectos, su eficacia para mejorar la capacidad de comunicación y cooperación de los alumnos y alumnas. Conviene recordar, en este sentido, que dichas capacidades representan condiciones básicas para establecer relaciones basadas en el respeto mutuo, la antítesis del sexism o la violencia que con este programa se pretende prevenir.

La comparación de los cambios que se observan en el grupo experimental, que participó en el programa, con los del grupo de control, que no participó, refleja su eficacia para:

1. La superación de las *Creencias sexistas y de justificación de la violencia*, tanto en los como en las adolescentes.
2. El conocimiento que las y los adolescentes tienen sobre las discriminaciones y la violencia de género a lo largo de la historia y en la actualidad. El hecho de que dicha eficacia se produzca por igual en los chicos que en las chicas, refleja que se ha logrado uno de los objetivos que nos proponíamos en este sentido, sobre el que se habían detectado dificultades en otras intervenciones, orientadas de forma más específica contra la violencia de género.
3. Un incremento en la imagen que tanto los chicos como las chicas tienen de su sensibilidad socioemocional actual, cambio positivo en ambos grupos, pero especialmente en ellos, debido a las diferencias inicialmente observadas, atribuibles a la incompatibilidad entre dichas cualidades y la identidad masculina tradicional.
4. La construcción de una identidad menos sexista en el ámbito privado, evaluada a través de las entrevistas indivi-

duales llevadas a cabo, exclusivamente, con 27 adolescentes del grupo experimental que inicialmente se encontraba en situación de riesgo.

En una cuarta investigación, recientemente publicada por el Instituto de la Juventud en tres libros y un vídeo (Díaz-Aguado, Dir., 2004) se incluyen programas de intervención a través de las familias que se encuentran en situación de riesgo, así como programas para extender la prevención de la violencia a la más cotidiana, la que se produce entre iguales en la escuela y en el ocio (Díaz-Aguado, Dir., 2001). En esta serie de investigaciones hemos observado la eficacia de los programas en contextos más conflictivos que los estudiados con anterioridad. Como muestra de la eficacia de estos programas para mejorar la calidad de la vida en la escuela incluso en aquellos casos en los que la convivencia había llegado a deteriorarse de forma muy preocupante, cabe destacar el cambio experimentado en una de las aulas que participaron en esta tercera investigación, compuesta básicamente por repetidores y con un alto porcentaje de alumnos con conducta violenta. Se incluyen a continuación las descripciones realizadas por tres de dichos alumnos:

MANUEL (ANTES DE PARTICIPAR EN LOS PROGRAMAS) «Me han echado de clase muchas veces por enfrentarme a algunos profesores. (...) Me faltan al respeto. Abusan de ser profesores. Como el otro día una profesora me dijo que la clase estaba mejor sin mí y yo le dije que si estaba mejor sin mí entonces también estaba mejor sin ella. (...) Si me porto mal y hay unas normas que me las expliquen . podrían intentar hablar conmigo, llevarme por otro camino. (...) son profesores. Ellos sabrán cómo, pero no dicíendome esas cosas porque me incitan a que me ponga nervioso y empeore todo. Esta clase es problemática. Todos lo dicen. Nos hemos juntado la mayoría repetidores. (...) este año he empezado mal y no creo que tenga solu-

ción. *¿Si tu fuieras director del instituto qué harías para resolver estas situaciones?* Cambiar el modo de dar la clase y echando al alumno o al profesor. Porque a mí me expulsan pero a ellos no.

MANUEL (DESPUÉS DE LOS PROGRAMAS, EN LOS QUE PARTICIPO DE FORMA INTERMITENTE DEBIDO A LAS EXPULSIONES): «El ambiente de clase ha mejorado. En grupos vamos mejor. Aprendemos más, porque como hay personas que tienen más nivel sacan mejor nota y al final todo se acaba pegando. (...) Trabajar en clase es contagioso. (...) La relación con los profesores ha mejorado. (...) Me parece bien que se trate el tema de la violencia en clase, porque tengo el carácter muy fuerte y me enfado mucho. Y si me hacen algo...me pongo nervioso. Depende de con quién me controlo o no...ya me he dado cuenta que me puedo perjudicar, me he dado cuenta que aquí en el instituto no sirve para nada. *¿Por qué te expulsaron?* Por acumulación de partes...no me echaron por qué sí. Me lo merezco. Me he dado cuenta de que por hacer el tonto voy a tener que repetir».

JORGE (DESPUÉS DE PARTICIPAR EN LOS PROGRAMAS): El ambiente en clase ha mejorado mucho. Al principio dábamos mucha guerra. Hemos mejorado, nos hemos tranquilizado. Este trimestre todo el mundo se da cuenta que tiene que aprobar el curso, que nos pasamos mucho con los profesores. (...) Creo que el trabajo en grupos ha influido. Nos conocemos mejor, nos ayudamos a los deberes, prestamos más atención a la asignatura, las clases se hacen más divertidas. (...) Aprendemos más porque todas las dudas se resuelven entre los cuatro del grupo, no tenemos que preguntar al profesor. (...) Las clases eran antes muy aburridas y ahora son divertidas. (...) En ética hablamos de problemas de la calle, que tenemos nosotros. De la violencia en la calle, de los derechos humanos....a mi me sirve para mi vida. *¿Por qué?* Hablamos de lo que se debe

hacer y no se debe hacer y luego cuando se te presenta un problema en la calle lo solucionas de otra manera. Por ejemplo si nos pasa otra vez lo del bar (una situación de violencia entre bandas descrita al principio de la entrevista y vivida antes de tratar en clase el tema de la violencia) pasamos y nos vamos aunque se rían, nos da igual, si les plantas cara lo único que consigues es pelearte y tener más problemas, es preferible que se rían.

JAIME (ANTES DE PARTICIPAR EN LOS PROGRAMAS): *¿Hay situaciones de violencia en el instituto?* Sí, más de una pelea ya ha pasado, pero no de pandillas, cosas aisladas. Es que este instituto es muy conflictivo. Este barrio está dividido en distintas zonas y se llevan muy mal entre ellas. Los conflictos se crean fuera del instituto pero se resuelven aquí, porque claro aquí nos juntamos todos, hay mucha diversidad ideológica. Racistas y todo. *¿Qué hace el instituto para resolver estos conflictos?* El Instituto lo que hace es echar a algunos alumnos y ya está. En esta clase han acumulado lo peor, casi todos son repetidores y eso se nota, pero las actitudes en clase son distintas según el profesor. Hay profesores con los que no nos metemos.

JAIME (DESPUÉS DE PARTICIPAR EN LOS PROGRAMAS): El trabajo en grupos va bastante mejor. Se hace más sencillo el trabajo, porque unos con otros nos podemos ayudar, en unas materias uno sabe más y ayuda al resto y en otras al revés.. *¿Qué te parece cómo se han formado los grupos?* A tí te gustaría ponerte con tus amigos, pero la verdad es que están haciendo los grupos muy bien compensados y funcionan, yo creo que ha mejorado el rendimiento del grupo. *¿Todo el mundo trabaja?* Sí, y si alguien se escaquea se le dice algo y ya está. *¿Quién se lo dice?* Los miembros del grupo. Dentro del grupo nos ponemos de acuerdo, nos organizamos el trabajo. (...) La relación con los profesores ha mejorado y ahora trabajamos más.

BIBLIOGRAFÍA

- ABER, L.; ALLEN, J.; CARLSON, V.; CICCHETTI, D. (1989): The effects of maltreatment on development during early childhood: recent studies and their theoretical, clinical and policy implications. En: CICCHETTI, D.; CARLSON, V. (1989) (Eds.) *Child maltreatment*. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- ARNETT, J. (1992): Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373.
- BOULTON, M. (1997): Teacher's view on bullying: definitions, attitudes and ability to cope. *British Journal of Educational Psychology*, 67, 223-233.
- BRONFENBRENNER, U. (1979): *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós, 1987 (1979 fecha de la primera edición en inglés).
- BURGESS, R.; CONGER, R. (1978): Family interactions in abusive, neglectful and normal families. *Child Development*, 49, 1163-1173.
- CATALANO, R.; HAWKINS, J. (1996): The social development model: A theory of antisocial behavior. En: HAWKINS, J. (Ed.) *Delinquency and crime*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CICCHETTI, D. (1989): How research on child maltreatment has informed the study of child development: perspectives from developmental psychopathology. En: CICCHETTI, D.; CARLSON, V. (Eds.) *Child maltreatment*. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- CICCHETTI, D.; BEEGHLY, M. (eds.) (1987): *The development of the self during the transition from infancy through the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press.
- COWEN, E.; PEDERSON, A.; BABIGIAN, H.; IZZO, L.; TROST, M. (1973): Long Term follow-up of early detected vulnerable children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 438-446.
- COWIE, H. (2000): Bystanders standing by: Gender issues in coping with bullying in schools. *Aggressive behavior*, 26, 85-97.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2000): *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria*. Madrid: Publicaciones del Defensor del Pueblo.
- DEWEY, J. (1916): *Democracy and education*. New York: The Free Press.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (1990): Programa para el desarrollo de la competencia social en niños con inadaptación socioemocional. En: *Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar*. Valencia: Promolibro.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (Dir.) (1994): *Todos iguales, todos diferentes. Programas para favorecer la integración de alumnos con necesidades educativas especiales*. Cinco volúmenes.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (Dir.) (1995): *Niños con dificultades socio-emocionales. Instrumentos de evaluación*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (1996): *Escuela y tolerancia*. Madrid: Pirámide.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (Dir.) (1996): *Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes. Cuatro volúmenes y dos vídeos*. Madrid: Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (1998): Prevenir la violencia desde la escuela. Programas desarrollados a partir de la investigación-acción. *Estudios de Juventud*, 42, 63-73.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (2002): *Prevenir la violencia contra las mujeres construyendo la igualdad*. Un libro y dos vídeos. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (2002): *Convivencia escolar y prevención de la violencia*. Página web del Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa. http://www.cnie.mecd.es/recursos2/convivencia_escolar/
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (2003): *Educación intercultural y aprendizaje cooperativo*. Madrid: Pirámide.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (Dir.) (2004): *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia*. Tres li-

- bros y tres documentos audiovisuales. Madrid: Instituto de la Juventud.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. MARTÍNEZ ARIAS, R. (2001): *La construcción de la igualdad y la prevención de la violencia contra la mujer desde la educación secundaria*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. MARTÍNEZ ARIAS, R. (2004): *Prevenir en Madrid. Programa de prevención de drogodependencias en contextos educativos del Ayuntamiento de Madrid. Investigación*. Madrid: Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. MARTÍNEZ ARIAS, R.; MARTÍN SEOANE, G. (2002): *Jóvenes con problemas de conducta en centros de menores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. MARTÍNEZ ARIAS, R.; MARTÍN SEOANE, G. (2003): *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia. Volumen uno: La violencia entre iguales en la escuela y en el ocio: estudios comparativos e instrumentos de evaluación*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. MARTÍNEZ ARIAS, R.; VARONA, B. et al. (1996): *Infancia en situación de riesgo social. Un instrumento para su detección a través de la escuela*. Madrid: Consejería de Educación y Cultura de la Comunidad de Madrid.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. MARTÍNEZ ARIAS, R.; VARONA, B. et al. (2001): *La educación infantil y el riesgo social. Su evaluación y tratamiento*. Madrid: Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.
- DODGE, K.; FRAME, C. (1982): Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child Development*, 53, 620-635.
- ECCLES, J.; LORD, S.; ROESER, R. (1996): The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in schools and families. En: CICHETTI, D.; TOTH, S. (Eds.) *Adolescence: Opportunities and challenges*. Rochester: University of Rochester Press.
- ELKIND, D. (1967): Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-34.
- ERIKSON, E. (1968): *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós, 1971. *Human Relations*, 7, 117-140.
- ESPELAGE, D.; BOSWORTH, D.; SIMON, T. (2000): Examining the social context of bullying behaviors in early adolescence. *Journal of Counselling and Development*, 78, 3, 326-333.
- GAINER, P.S.; WEBSTER, D.W.; CHAMPION, H.R. (1993): A youth violence prevention program: description and preliminary evaluation. *Archives of surgery*, 128, 303-308.
- GILLBORN, D. (1992): Citizenship, race and the hidden curriculum, *International Studies in Sociology of Education*, 2, 57-73.
- GLUECK, S.; GLUECK, E. (1960): *Predicting delinquency and crime*. Boston: Harvard University Press.
- HARTER, S. (1978): Effectancy motivation reconsidered: toward a developmental model. *Human Development*, 21, 34-64.
- HARTER, S.; ZIGLER, E. (1974): The assesment of effectance motivation in normal and retarded children. *Developmental Psychology*, 10, 169-180.
- JACKSON, P. (1968): *La vida en las aulas*. Madrid: Marova (1975).
- JESSOR, R. (1992): Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Developmental Review*, 12, 374-390.
- KAUFFMAN, J.; ZIGLER, E. (1987): Do abused children become abusive parents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 186-192.
- KOHLBERG, L. (1985): A just community approach to moral education in theory and practice. En: M. BERKOWITZ y F. OZER (Eds.) *Moral education: theory and practice*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- LEWIS, D. MALLOUH, C.; CARLSON, V.; WEBB, V. (1989): Child abuse, delinquency and violent criminality. En: CICHETTI, D.; CARLSON, V. (Eds.): *Child maltreatment*. New York: Cambridge University Press.

- LEWIS, M.; MILLER, S. (Eds.) (1990): *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press.
- MARCA, J. (1980): Identity in adolescence. En: ADELSON, J. (Ed.) *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.
- MARTÍN SERRANO, M.; VELARDE HERMIDA, O. (2001): *Informe Juventud en España 2000*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- PARKER, J.; ASHER, S. (1987): Peer relations and later personal adjustment: Are low accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- PATTERSON, G. (1982): *Coercitive family process*. Oregon: Eugene.
- PELLEGRINI, A.; BARTINI, M.; BROOKS, F. (1999): School bullies, victims and aggressive victims. *Journal of Educational Psychology*, 91, 216-224.
- PIAGET, J. (1933): Los procedimientos de la educación moral. En: *La nueva educación moral*. Buenos Aires: Losada, 1967. (Fecha de la primera edición 1933).
- ROFF, M.; WIRT, D. (1984) Childhood aggression and social adjustment as antecedents of delinquency. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 12, 111-126.
- SCHINKE, S.; BOTVIN, G.; ORLANDI, M. (1991): *Sustance abuse in children and adolescents. Evaluation and intervention*. Newbury, California: Sage.
- SCHWARTZ, D.; DODGE, K.; PETTIT, G.; BATES, J. (1997): The early socialization of aggressive victims. *Child Development*, 68, 4, 665-675.
- STENGLE, E. (1971): *Suicide and attempted suicide*. Middlesex: Penguin.
- STRAUSS, M.; KANTOR, G. (1987): Stress and child abuse. En: HELFER, R.; KEMPE, CH. (Eds.) *The battered child. 4th edition*. Chicago: University of Chicago Press.
- TROYNA, B.; HATCHER, R. (1992): *Racism in children's lives: A study of mainly white primary schools*. London: Routledge.
- WOLFE, D. (1988): Child abuse and neglect. En: E. MASH & D. TERDAL, (Eds.) *Behavioral assessment of childhood disorders*. New York: Guilford Press.

IV

DIVERSIDAD SUBJETIVA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

EMILCE DIO BLEICHMAR
Universidad Pontificia Comillas. Madrid

Centraré el presente escrito en tratar de delinear cuál puede ser el impacto de la experiencia traumática en el desarrollo de la subjetividad, en niños que descontamos que han sufrido experiencias con adultos que presentaban serias fallas para ejercer sus funciones parentales adecuadamente, lo que se pone de manifiesto por la ausencia o transgresión de las más elementales normas y roles a desempeñar. Para la reestructuración de la personalidad y para la recuperación de estos niños es útil entender la forma particular, individual, de procesamiento de sus experiencias traumáticas, las representaciones en sus mentes de tales experiencias que desembocan en conductas violentas y asociales.

Para ello comenzaré por hacer un breve pasaje por las etapas evolutivas que caracterizan la relación del niño con la norma, continuando con las múltiples funciones que puede cumplir la agresividad para el sujeto que la ejerce, ciertas diferencias en los géneros en el destino posterior de situaciones traumáticas vividas en la infancia, para terminar con algunas recomendaciones para la evaluación y las intervenciones en los trastornos del comportamiento.

NATURALEZA Y RELACIÓN SUBJETIVA CON LA NORMA

En el primer período del desarrollo —etapa preescolar— la norma no se halla diferenciada del agente que la pone en acción. Para el infante y el niño pequeño, en realidad no existen normas ajenas a la voluntad de un adulto o de otro niño. La atribución de causalidad se limita a confundir la norma con su representante, con la persona que la enuncia. No se trata de normas o reglas justas, inconvenientes, reformables, sino de personas malas o buenas. Los límites necesarios para la adaptación son entendidos por el niño/a como *caprichos* del adulto y el sentimiento del niño ante las imposiciones, límites o reglas podría formularse en los términos ¿qué quieren de mí?

Durante este período evolutivo, en virtud de su indefensión y condición de dependencia absoluta, sus relaciones interpersonales se hallan estructuradas en base a una completa especularidad y/o equivalencia subjetiva entre el sí mismo y el adulto. El niño es egocéntrico —o sea lee la realidad interpersonal en términos propios— de modo que lo que le complace es bueno y lo que le frustra es malo y lo rechaza. Con la misma vara mide las acciones del adulto, o sea, que el adulto es un ser caprichoso que se mueve por deseos de complacerlo o de frustrarlo, y sus sentimientos cambian rápidamente del amor al odio en forma totalmente circunstancial.

En psicoanálisis, denominamos a este período del desarrollo psíquico el período de la legalidad del deseo. El período en que impera la ley del deseo como única norma o regla que rige las relaciones humanas. El niño atribuye poder y es sensible a las líneas de fuerza del poder en la familia leyendo la interacción en términos de quién cumple sus deseos, hace lo que quiere, se impone al otro. Si se mantienen en este nivel presentan una total falta de identificación con las pautas adaptativas y el sistema escolar.

En un segundo momento se llega al conocimiento de la norma pero aún no se halla despersonalizada. El niño/a se

la aplica al muñeco o al hermanito pero no a sí mismo/a, puede negarse a comer o contener la hostilidad, sin embargo cuando juega toma el papel del adulto regañando o pegando al muñeco por no obedecerle. Es un primer paso de transformación de la pasividad y dependencia absoluta inicial a un grado de actividad simbólica, podríamos decir en términos actuales virtual, en que se invierten los roles y el niño comienza a ejercer imaginariamente de adulto. En realidad, se está identificando con una suerte de autoridad adulta, que en parte lo limita y lo frustra, pero que también le provee una organización del comportamiento. Si predominan los componentes que caracterizan una buena relación esta incorporación del adulto a su subjetividad estructura un patrón de relación que admite la postergación del deseo propio al conseguir la aprobación y el amor del adulto. La renuncia encuentra una compensación.

La norma se hace colectiva, abarca a todos los adultos, los ámbitos de experiencia se amplían, los agentes se multiplican —guardería, escuela— pero siguen siendo para el niño personas que ejercen su voluntad y no una regulación externa a la persona. La policía son muchos señores que son policías. Este período de internalización incompleta de la norma se caracteriza por la emergencia del temor a ser descubierto y la aparición del sentimiento de persecución y temor al castigo de la pérdida de amor cuando el niño se rebela o termina imponiendo su voluntad. La regulación de la conducta sigue dependiendo de la relación, de la calidad de la misma ya que el niño aún no ha desarrollado sentimientos de culpa por las consecuencias de sus acciones que sean independientes de la reacción del adulto. De modo que «a escondidas» se desenvuelve como un buen salvaje.

Finalmente se llega a la asimilación de que la norma existe por fuera de los que la enuncian, de los agentes o representantes de la misma. Se comprende la necesidad de la norma como reciprocidad para bien de todos, se desarrolla una instancia intrapsíquica: conciencia moral que permite la

autorregulación del impulso, de los deseos individuales, de la agresividad en tanto se asume el daño ocasionado y se experimenta malestar por el estado del semejante.

Esta secuencia evolutiva es muy variable en su cronología y depende básicamente de la capacidad de los adultos de regular sus propias emociones, de modo de reconocerlas y diferenciarlas de las del niño, de la capacidad de cuidado y protección que asegura un marco dentro del cual esta evolución pueda suceder, y de la aceptación que los propios adultos tengan en torno a las reglas básicas que regulan la socialización humana.

MOTIVACIONES QUE PERMITEN ACEPTAR, INCORPORAR Y SOSTENER LAS NORMAS

La clave del desarrollo pasa entonces por la calidad de la relación afectiva entre adultos y niños; si los adultos tienen capacidades de parentalización adecuadas y predomina la adecuada satisfacción de las necesidades del niño, es fácil que éste se sienta complacido, en caso contrario se instala una sorda lucha de poder entre deseos opuestos, y el niño se vuelve oposicionista a la adaptación en algún ámbito de la vida: hábitos, aprendizaje, sociabilidad. De modo que, como en muchos aspectos del desarrollo humano, es necesario superar una suerte de paradoja, sólo en el marco de una relación de amor, respeto y cuidados la norma se despersonaliza lo suficiente como para no tratar de vengarse del congénere cuando algo se encuentra un obstáculo de la realidad.

Los niños que son víctimas de abandono, abuso y violencia pueden reaccionar de forma muy diversa pero ese no es el tema que nos ocupa, sino aquellos que reaccionan con trastornos del comportamiento, vale decir, que al considerarse por cualquier razón agraviados reaccionan automáticamente en forma agresiva o transgresora. Ya en la edad es-

colar presentan signos que anticipan una adolescencia convulsiva: muestran franca hostilidad hacia profesores, adultos y cualquier figura de autoridad, algunos son líderes de provocaciones, amenazas e intimidaciones y otros se aíslan y son rechazados por sus compañeros; además, pueden presentar serias dificultades cognitivas de atención, planeamiento y consecución de una tarea, bajísima autoestima subyacente aunque puedan comportarse como matones hiperseguros, fracaso escolar, etc.

DISTINTAS FUNCIONES QUE CUMPLE LA AGRESIVIDAD/TRANSGRESIÓN PARA EL SUJETO QUE LA EJERCE

Al considerar los trastornos del comportamiento debemos tener en cuenta dos perspectivas de análisis: si el foco recae en quien sufre los ataques, o sea la consecuencia del acto agresivo para una persona o institución desde la cual se enfatiza su carácter destructivo o, si tomamos la perspectiva del sujeto que la ejerce, el significado subjetivo que tienen para él las distintas motivaciones que activan el comportamiento destructivo, la funcionalidad que cumple en su vida. De acuerdo a la perspectiva que se adopte se arriba a conclusiones diferentes.

Forma elemental de reacción ante el miedo

La ausencia de reciprocidad que caracterizó la infancia de estos niños conduce a que funcionen con un elemental sentido de protección autoconservativa y sientan la realidad como amenazante. Experiencias tempranas de «terror sin nombre» pueden teñir la experiencia y se ataca antes de entender, de saber de qué se trata. La reacción puede ser automática —de procesamiento cerebral subcortical—, lo que quiere decir que no existe mediación alguna de orden social, moral o afectivo que pueda servir de dique a un im-

pulso como mecanismo de descarga. Este tipo de violencia se denomina también violencia reactiva.

El niño luego puede apelar a darse razones que justifiquen su estallido, pero en realidad estas razones no actúan de motivación sino de racionalización *a posteriori*, y a veces no guardan la menor coherencia con las acciones habidas. La acusación a algún otro, identificación de un supuesto agresor aparece en estos casos como una defensa, el otro pasa a ser la causa de una amenaza que previamente era indeterminada.

El encadenamiento de la escena infantil se podría entender en estos términos: cualquier situación que altere el precario balance emocional, pánico del niño que a su vez despierta su propia violencia —captación de su intencionalidad agresiva— doble peligro, mayor descarga automática de agresividad. De modo que, siendo el miedo un poderoso activador de la agresividad, la primera aproximación clínica será interrogarse sobre qué tipo de angustia persecutoria está desencadenando la explosión: angustias persecutorias, angustias tempranas de indefensión, de sentirse en peligro en su integridad física. Primera aproximación clínica ante la violencia ¿qué es lo que lo asusta?

En algunas ocasiones el pánico sufre una metamorfosis y conecta con sensaciones placenteras —ya sea corporales como mentales—. Germán de 10 años, niño adoptado, criado en una institución de un país del este hasta los 8 años con severas carencias y sufrimientos, que en la actualidad tiene serios problemas de relación con otros niños, cuenta la historia de un perro más grande que le pega al pequeño: «*le está pegando, le está pegando porque ha sido malo, pero el niño se ríe*» (comete un lapsus y pasa a hablar del niño en lugar del perrito). *Se ríe porque le gusta, porque eso es lo que no saben, que le gusta que le peguen, y se ríe. El niño se cae y se hace daño, pero se ríe y salta la ventana y se corta y le duele, pero se ríe, porque le gusta y se escapa y sale corriendo y salta por la ventana a otra casa que tiene de todo, pero no*

vive nadie y entonces él se queda solo y no deja pasar a nadie y vive sin familia, solo muy feliz». Cuando se le comenta ¿cómo te va a gustar el dolor? ¡el dolor hace daño! Se ríe y dice: «*pero me gusta*». Fenomenal transformación psíquica frente a una experiencia traumática que permite sentirse activo, capaz de alguna salida o decisión propia ante la total indefensión. El dolor se narcisiza, pasa a ser un valor. En otra escena de dos ositos durmiendo dice: «*No están solos, oyen un ruido afuera y es el ruido de un dragón que mueve las alas y entra por la ventana y se come a los ositos y los destroza y hay sangre y gritan*». Al preguntarle: ¿No había a quién acudir para pedir ayuda?, responde de inmediato: «*No! llegan después y ya es tarde, los niños están muertos y se acabó la historia*».

Modalidades defensivas

Transformación del sentimiento de impotencia en su contrario

La agresividad y la fuerza son poderosos instrumentos psicológicos para restablecer la autoestima en la identidad de un niño careciado que se siente inferior y que lucha contra esta situación y representación de sí mismo. Cuando el niño observa la escena adulta en que éstos, plenos de furia, imponen la voluntad mediante el gesto, el grito o el castigo corporal, en la mente del niño se inscribe «están enojados y se hace lo que ellos quieren», y con ello la ecuación: agresividad = poder, agresividad = realización de deseos. El agresivo es representado como poderoso, fuerte, potente. Experiencia que se refuerza con la del niño enfadado, quien por medio de la protesta, el grito, el llanto, el oposición, el golpe, consigue influir en el mundo adulto. La agresividad deja de ser simple descarga y se transforma en instrumento mágico-omnipotente, cada vez que la identidad del sí mismo

corra el riesgo de un colapso y haya que restablecer el equilibrio narcisista.

Basta ver cómo un niño asume con cierta artificialidad la identidad de enojado y circula por la casa como si realmente lo estuviera, o cómo alguien da un golpe en la mesa gritando —en esta casa mando yo— para constatar que la agresividad es utilizada y captada como un indicio de dominio sobre los otros y para mantener la ilusión que el deseo se va a realizar. «*Soy fuerte, no débil, los demás tienen que reaccionar, por lo tanto valgo algo*», será la configuración consciente o inconsciente en la mente del niño. La agresividad ha permitido sacar al sujeto de la posición de sufrimiento, de modo que la agresividad reestructura la identidad del sujeto y del otro. Estamos frente a un poderoso instrumento simbólico para generar una representación valiosa del sujeto.

De modo que ambas condiciones se convierten en fuertes motivaciones que permiten sostener la violencia y su ejercicio como una norma en el psiquismo.

Poderoso instrumento de acción sobre el otro

Sujetos que al percibirse rabiosos toman sus sentimientos de rabia como la prueba de la razón que los asiste, convenciéndose a sí mismos de que la intensidad de su enojo es proporcional a la importancia del agravio. En este sentido, la rabia y la agresividad pueden ser parte de un despliegue histriónico que el sujeto, de una manera inconsciente, hace ante sí mismo y ante los demás para conseguir convencerse y convencer de la razón que lo asiste. Así como la rabia y la agresividad quedan inscritas en la mente infantil como equivalentes a poder, de manera similar debido a que los padres al manifestar agresividad no lo hacen diciendo «me pasa esto, estoy rabioso», y un comentario o explicación sobre su estado de ánimo, sino que atacan y culpabilizan esgrimiendo una pretendida razón o agravio, para que en la mente del

niño se inscriba como un patrón asociado. Cada vez que necesite presentarse como teniendo razón, la rabia y las distintas modalidades agresivas pueden ser instrumentos para lograrlo. Expresiones como «darse cuerda» describen el proceso de autoenardecimiento que tiene lugar en la medida que el propio sujeto se va convenciendo a medida que va estando más violento que esta emoción es garantía que lleva la razón. Este carácter histriónico de la agresividad nos introduce en una dimensión intersubjetiva de la rabia, una forma de presión y acción sobre el otro.

Esta función de la agresividad puede hallarse activada por sentimientos de celos, rivalidad o culpabilidad, sentimientos que serán sistemáticamente procesados en forma proyectiva como intencionalidades del otro, al que se denigra de modo de hacerlo sentir culpable y desembarazarse de la responsabilidad.

Agresividad y sadismo

Esta condición es diferente a todas las anteriores, ya no se trata de una reacción ante el pánico o la frustración en la cual la agresividad tiene como función alejar la causa del sufrimiento propio, sino que se trata de la obtención de placer con el sufrimiento del semejante. Suele combinarse con placer sexual o placer narcisista por lo que tiende a perdurar, a ser una modalidad caracterológica que va más allá de los momentos puntuales que activan la agresividad defensiva. En muchos casos, una condición que comenzó como agresividad defensiva —defensa frente a un progenitor o hermano agresivo— puede sufrir la transformación de placer sádico en hacer sufrir como forma compensatoria y generalizada.

Una vez que es convertida en fuente de placer, la agresividad se desencadena no por la presencia del sufrimiento sino por la activación de una forma de placer que se desea reencontrar.

El uso de la provocación en la búsqueda de vínculo afectivo

También la transgresión agresiva puede cumplir la función de llamada, de modo que el otro acuda, que se haga presente aunque esto acarree el castigo y la descalificación. Constituye una de las formas más habituales en niños de familias no desestructuradas ante frustraciones en el vínculo de exclusividad, al sentirse postergados y relegados en la atención del adulto.

Diferencias entre los géneros en el mecanismo psíquico de la identificación con el agresor

La transformación que se produce en la subjetividad de las víctimas que se transforman en agresoras se halla explicada por el mecanismo psíquico de la identificación, concepto que alude a aspectos del otro que son incorporados a la estructura de la subjetividad como propios. Se trata de un proceso de aprendizaje de patrones de acción y reacción presentes en la escena vivida, pero ante el aprendizaje siempre nos tenemos que preguntar qué deseos o motivaciones lo mueven, ya que no se aprende o incorpora todo lo que se vive. El concepto de identificación incluye el aprendizaje de la acción y reacción más el deseo propio, las razones subjetivas que mueven a tal incorporación. Se trata de un componente personal, singular, que mueve al niño a modelarse a imagen y semejanza.

Podemos describir dos modalidades de este mecanismo. Una forma especular de la acción violenta en la cual el niño pasa a personificar al agresor, asumiendo sus atributos o imitando su acción violenta, de modo de invertir los términos y transformarse de persona amenazada en la que profiere la amenaza (Anna Freud, 1936). Esta modalidad conduce a la transmisión intergeneracional de la violencia, y

se observa con mayor frecuencia en la configuración de la masculinidad, varones que se convierten en maltratadores, acosadores, transgresores desafiantes y consumidores de pornografía violenta.

Otra modalidad de identificación es un proceso más complejo, de penetrante cambio en el mundo perceptual de una persona. Explorando los recuerdos tempranos de sus pacientes adultos que sufrieron abusos siendo niños, Ferenczi (1933) halló evidencias de que los niños que son aterrorizados por adultos que están fuera de control, «se someterán como autómatas a la voluntad del agresor para adivinar cada uno de sus deseos y gratificarlos; completamente olvidados de sí mismos, se identifican con el agresor... La personalidad débil y poco desarrollada reacciona al disiplacer súbito no con defensas, sino con una identificación guiada por la ansiedad y por introyección del agresor o persona amenazante. El niño «deviene uno» con el atacante».

Los pasos del proceso son los siguientes:

1. Se someten mentalmente a la voluntad del atacante como autómatas.
2. Este sometimiento les permite *adivinar* los deseos del agresor, penetrar en la mente del atacante para saber qué está pensando y sintiendo, para poder anticipar exactamente lo que el agresor va a hacer y, de esta manera, saber cómo maximizar su propia supervivencia.
3. Se desarrolla una actividad mental de vigilancia, de atención permanente al agresor, de complacencia calibrada con precisión, en sintonía con el agresor como estrategia de sobrevivencia.
4. Lo que conduce a un paulatino vaciamiento subjetivo, a la desaparición de la vida mental propia, a un actuar disociado completamente de sí mismo.
5. La identificación con el agresor también incluye sentir lo que se espera que uno sienta, lo cual puede signi-

ficar tanto sentir lo que el agresor quiere que sienta su víctima particular, o sentir lo que siente el propio agresor. El niño puede incluso compartir el placer que el abusador obtiene haciéndole daño, Ferenczi (1932) observó que un niño traumatizado puede *volverse tan sensible a los impulsos emocionales de la persona a quien teme, que siente la pasión del agresor como propia. Así, el miedo... puede volverse... adoración. Penetra tan hondo en los sentimientos del agresor, hasta la atribución que éste hace de la maldad del niño, maldad que hace suya y se siente culpable».*

La identificación con el agresor está en estrecha coordinación con otras respuestas al trauma, incluida la disociación, y se observa con mayor frecuencia en las niñas y mujeres en las cuales, a la larga, puede volverse habitual y llevar a la revictimización.

Consideraciones para el trabajo clínico y la transformación emocional

Como hemos visto, dada la diversidad de configuraciones psicológicas que puede adoptar la agresividad y el rechazo al funcionamiento normativo que presentan estos niños y jóvenes, necesitamos en el período de evaluación entender qué motivaciones sostienen sus comportamientos violentos y cuáles son las situaciones que actúan de activadores de tales comportamientos.

Germán, 10 años, pega, roba, es rechazado por sus compañeros, se opone a las autoridades y al cumplimiento de hábitos por pánico. Se quiere tirar por la ventana por terror a que lo vengan a buscar, se mete debajo de la cama y pone la almohada bajo las sábanas. Quiere esconderse en el armario pero tiene imágenes terroríficas de niños del orfanato muertos y sangrando «*Si me vienen a buscar me meto en el*

armario». Predomina el pánico y la ansiedad persecutoria, siendo su agresividad del tipo de descarga automática. Germán es un niño adoptado a los 8 años, proviene de uno de los países de la antigua Unión Soviética, que había desfilado por varias familias de acogida hasta terminar en un orfanato.

Rubén, niño de 12 años, pide él mismo acogimiento a los servicios sociales dado el estado de negligencia en el que vive. Atiende a su abuela deprimida que no se levanta de la cama. Sólo comía bollos y decía que no le gustaba la comida caliente. Seductor con las chicas (dibuja a la secretaria mientras espera) luego les pega, se jacta de tener cinco novias y de cuidarlas a todas. Niño que ha sufrido grados extremos de indefensión, terror a ser perseguido y abrumado por la culpa de abandonar a su abuela y de sobrevivir a su familia, *«por mi culpa van a pegar a mi abuela»* (procede de un barrio con bandas callejeras). Ha soñado que lo vienen a buscar para matarlo, *«a mi tío Emilio le pegaron un tiro en la frente, vivía en la casa de enfrente»*. Tiene agitación motriz, descentramiento cognitivo, es hipervigilante, se sobresalta por cualquier ruido y empieza a pegar.

Marisa, 14 años, niña dura, brusca, desconfiada, provocando por la calle, se levanta la falda y enseña las bragas. Susceptible, proyectiva *«a los chicos sólo les gusta toquetear a las chicas»*, al mínimo desacuerdo se asusta, dice que se aburre y maltrata a la educadora. Todo se le erotiza, dibuja paisajes de fuego y llega a comentar: *«cuando me pongo borde todo me excita sexualmente»*.

Germán, Rubén, Marisa tienen diferentes activadores internos que despiertan la conducta automática, cada uno de ellos ha vivido experiencias donde los adultos funcionaban transgrediendo cualquier norma de intercambio humanizado. Deben ser resocializados para adquirirlas, pero para que el trabajo educativo reparador pueda llevarse a cabo con mejores pronósticos, el conocimiento sobre las específicas ansiedades que les activan las conductas violentas y transgresoras es de utilidad.

La labor de resocialización normalizada va a requerir la misma estructura que en el curso del desarrollo normal permite aceptar las normas que nos conducen a la reciprocidad respetuosa, que es el establecimiento de una relación estable, de confianza y comprensión. Esta es la labor que sin lugar a dudas vienen llevando adelante los centros vinculados a la Fundación Internacional O'Belén y gran parte de los Centros de Atención al Menor de las distintas comunidades.

La relación nueva, reparadora que puedan experimentar es la clave de la recuperación y para que esto se dé la clave es que los educadores sean estables, capaces de un compromiso a medio o largo plazo. Estos niños/as y jóvenes tienen que tener experiencias que les permitan confiar en los valores humanos. Este es el encuentro que tiene que darse, y conocer más en profundidad los mecanismos que los llevan a odiar y ser hostiles puede ayudar a que el encuentro no se malogue, ya que es una labor que exige al máximo trabajar con las emociones complejas que nos despiertan. La sensibilidad y la vulnerabilidad al maltrato es extrema en ellos, y al mismo tiempo tienen que experimentar una condena firme y sistemática de nuestra parte a toda violación del respeto al semejante.

Dos son los recursos a los que podemos acudir para llevar a buen puerto el encuentro reparador: a) el mayor conocimiento posible sobre los efectos del trauma, el curso del mismo en la subjetividad y la parálisis y rigidez de reacciones que les provoca; y b), por otra parte, rebuscar en sus historias la mínima experiencia, acontecimiento, relación positiva —por efímera que haya sido— y utilizarla sistemáticamente como «escenas modelos». Es decir, valorar el grado de resiliencia que presenta espontáneamente la biografía, como es el caso de Rubén, quien es él mismo que pide auxilio —aunque movido por el pánico vital a que lo mataran como a su tío Emilio.

Ofrecer alternativas todo el tiempo, no sólo por el marco institucional que se les brinda de cuidado y atención, por la relación nueva y reparadora de las vivencias traumáticas,

sino también metiéndonos con su subjetividad, con su mente que es el rincón donde la violencia permanece agazapada, pero que en cualquier momento hace su aparición. En cualquier clase de narrativa, de juego, de creencia, de opinión que expresen se puede hacer una correlación con la historia de modo de explicar cómo eso que sienten y piensan está vinculado al pasado y a lo que sufrieron, y cuáles pueden ser las posibilidades de acción diferente en el futuro. Que son seres humanos con capacidad de aprendizaje y cambio, que no se olviden de ello.

Inés de 10 años, cuando tiene que inventar una historia dice *«Érase una niña que se llamaba Inés... y que en clase se presentaba mal... no comía en el comedor... ni obedecía a los profesores»*. Los juegos, las narrativas, los comportamientos se caracterizan por la rigidez hiperrealista, no son diferentes a los horrores de las experiencias vividas. Estos chicos no pueden organizar una fantasía, una imaginación donde la mente juegue con otras posibilidades y alternativas, no hay movilidad porque no hay creencia ni convicción en nada distinto a lo que ha sucedido o sigue sucediendo. También podemos ayudarlos a imaginar relaciones y formas distintas de pensar la vida. En estos niños puede haber un cierto divorcio entre el comportamiento —aparentemente cambiado y adaptado que pueden desarrollar— y recovecos mentales en los que se sigue pensando y esperando lo peor.

BIBLIOGRAFÍA

- BLEICHMAR, H. (1997): *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas.* Barcelona: Paidós.
- DIO BLEICHMAR, E. (En prensa): *Manual de Psicoterapia de la Relación entre Padres e Hijos.* Barcelona: Paidós.
- FRANKEL, J. (1998): Ferenczi's trauma theory. *Amer. J. Psychoanalysis*, 58: 41-61.
- FREUD, A. (1936): *El Yo y los Mecanismos de Defensa.* Buenos Aires: Paidós.
- KERNBERG, P.; CHAZEN, S. (1991): *Children with Conduct Disorders. A psychotherapy manual.* New York: Basic Books.
- VANISTENDAEL, S. (2002): *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia.* Barcelona: Gedisa

PONENCIAS

I
MESA REDONDA:
PROYECTO ESPERI

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO. UNA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA

M.ª JOSÉ PARELLADA REDONDO

Psiquiatra

Proyecto Esperi. Fundación Internacional O'Belén.
Unidad de Adolescentes. Hospital Gregorio Marañón

El incumplimiento de las normas, la agresividad o la rebeldía, son aspectos de la vida sin una connotación patológica en sí mismos.

El desarrollo del individuo, tanto a nivel personal como social, la adaptación a la vida, la consecución de los roles esperados, la aceptación de la realidad personal y social, y la integración al entorno que a cada uno le toca vivir, produce una tensión en los individuos que puede expresarse a veces en forma de comportamientos agresivos, rechazo a las normas u otro tipo de comportamientos socialmente poco deseables.

Cualquier signo de comportamiento alterado analizado de forma aislada puede tener una justificación adaptativa. Solo la consideración del modo habitual de funcionamiento del individuo a nivel global y particular, el análisis de los comportamientos y las motivaciones para ellos, y la contextualización de los mismos, puede llevarnos a entender algunos comportamientos antinormativos en clave psiquiátrica.

Si en toda la patología es difícil establecer el límite entre lo normal y lo patológico, en los trastornos del comportamiento y otros trastornos de consideración psiquiátrica, esta delimitación se hace todavía más complicada.

De la misma manera que la fiebre habitualmente no es un trastorno sino un síntoma, los comportamientos perturbadores en muchas ocasiones son un síntoma que expresa un trastorno de otra índole. La agresividad supone una forma de expresión común de muy diversas problemáticas y patologías. Algunas veces, sin embargo, nos encontramos con que el problema de comportamiento es la patología en sí misma, por muchos otros problemas acompañantes que haya a nivel social, ambiental o personal.

Cada individuo es el resultado de un conglomerado de genes, bioquímica, educación, valores, experiencias vividas, circunstancias sociales, históricas, etc. Los comportamientos y las actitudes son la resultante de la interacción de las demandas externas e internas a que se enfrenta la persona, con el registro de respuestas adquirido hasta ese momento en su trayectoria vital.

Con estas premisas, desde el punto de vista psiquiátrico se considera que los problemas de comportamiento son un trastorno psiquiátrico cuando hay un patrón persistente y ubicuo de conductas que trasgreden las normas sociales y las libertades de los demás, de una manera desadaptativa, no congruentes con la edad y estado madurativo del sujeto.

En un argumento circular y pragmático, dice Robert Goodman que los trastornos de conducta son un problema de salud mental cuando el psiquiatra o psicólogo es el profesional mejor preparado para atenderlos en un momento determinado. En ese sentido, aquellos problemas de comportamiento en cuya base haya una importante vulnerabilidad biológica o evolutiva, serán los que tengan una mayor consideración como trastorno mental.

En general, para hablar de patología, se asume que hay una pérdida de libertad del individuo para desplegar los síntomas que observamos. El problema de poner límites al diagnóstico es tan importante como reconocer la patología. Por un lado, hay que evitar privar de tratamientos específicos a chicos cuyos problemas individuales se pueden bene-

ficiar de un tratamiento médico, y por otro hay que evitar la psiquiatrización de comportamientos y situaciones que forman parte de la vida y de los procesos adaptativos normales.

La investigación cada vez aporta más datos de la importancia de elementos individuales para que un niño sometido a circunstancias familiares y experienciales desfavorables, desarrolle un trastorno de conducta o, por el contrario, se adapte sin síntomas, sobreviviendo a la adversidad. Así, factores como el temperamento, la capacidad intelectual, trastornos específicos del aprendizaje o la vulnerabilidad genética a determinadas enfermedades mentales, pueden ser determinantes para el desarrollo de un trastorno del comportamiento, y su evaluación en etapas tempranas puede permitir intervenciones preventivas en chicos/as de alto riesgo.

¿QUÉ NO ES UN TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO?

Por poner algunos ejemplos:

- Conductas criminales o delictivas intencionales, con una motivación externa o ganancia directa, o bien producto de un estilo de vida congruente con unos objetivos claros para cuya consecución el individuo tiene que comportarse de manera antisocial.
- Un comportamiento patológico aislado reactivo a una situación concreta que hace que se superen las capacidades del individuo para dar una respuesta adaptativa. Por ejemplo, actos pasionales puntuales en situaciones de una gran carga emocional para el individuo, que ve por ello anuladas sus habilidades de afrontamiento sanas.
- Un comportamiento agresivo y oposiciónista en un emigrante recién llegado, con dificultades con el idioma, sometido a la presión de una detención y una gran incertidumbre respecto a su futuro inmediato.

En conclusión, se delimitan los trastornos del comportamiento a aquellos casos de conductas antinormativas continuas, persistentes, que producen una desadaptación del individuo y que no responden a otro cuadro psiquiátrico de base con una jerarquía superior (por ejemplo, la agresividad desplegada por un enfermo psicótico, en general se considera parte de la psicosis o asociada a ella, no un trastorno de conducta independiente).

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Una vez centrado el contexto a partir del cual podemos hablar de patología psiquiátrica, necesitamos categorizar el problema, en aras de diseñar respuestas terapéuticas específicas y eficaces.

Se habla de categorías diagnósticas cuando se encuentra que una serie de comportamientos se agrutan por un pronóstico parecido, un tratamiento similar, y, en general, un origen común.

En las últimas clasificaciones psiquiátricas el consenso conseguido ha sido de un capítulo de trastornos de comportamiento de inicio habitual en la infancia, con tres categorías fundamentales, los trastornos disociales, los trastornos de hiperactividad y déficit de atención (TDAH) y los trastornos oposicionistas/desafiantes (Clasificaciones DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría y clasificación de enfermedades de la OMS, CIE-10).

Además, se especifican otros trastornos mixtos con patología emocional importante, TDAH incompletos, y se consideran otras posibles categorías, como el trastorno explosivo intermitente.

Además de estos trastornos específicos, los comportamientos perturbados pueden ser la expresión sintomática de otros trastornos psiquiátricos o la expresión de dificultades adaptativas evolutivas o vitales.

Tras definir brevemente los trastornos de conducta específicos, pasaremos a un intento de diferenciar éstos con aquellos otros trastornos cuya expresión puede resultar similar, pero cuyo núcleo patológico es de otra índole.

El término «trastorno» se usa a lo largo de las clasificaciones para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como «enfermedad» o «padecimiento». Aunque «trastorno» no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos, en ausencia de trastornos individuales.

Trastornos disociales

Se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple «maldad» infantil o rebeldía adolescente (CIE-10).

Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar, y se presenta con más frecuencia en chicos.

Para el diagnóstico se debe tener en cuenta el nivel del desarrollo del niño. Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crudelidad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas

a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes.

TDAH

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión de que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenérse con otra. Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto, o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

Los trastornos hipercinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Los niños hipercinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños

aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Trastorno oposicionista desafiante.

Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás. Tienden a observarse estas conductas en niños menores de 9 o 10 años. Los niños con este trastorno tienden frecuentemente a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas. Suelen tender a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades. Generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente. Este tipo de comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien, y los síntomas del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante una entrevista clínica.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crudidad, la intimidación, el ataque o la destrucción.

Es importante enfatizar el criterio temporal. Para hablar de cualquiera de estos trastornos el niño debe tener este comportamiento durante al menos 6 meses. Este criterio pretende detectar trastornos ya consolidados, no reacciones adaptativas que pueden evolucionar sin un tratamiento específico o con otro tipo de intervención.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de los trastornos del comportamiento debe considerar siempre la valoración de otras posibilidades diagnósticas y de todos los aspectos acompañantes a nivel orgánico, temperamental, familiar y social con una importancia determinante en el tratamiento y/o pronóstico.

Diagnóstico multiaxial de los trastornos psiquiátricos

- I. Trastornos psiquiátricos, trastornos generalizados del desarrollo y trastornos de la personalidad.
- II. Trastornos específicos del desarrollo.
- III. Nivel intelectual.
- IV. Trastornos orgánicos.
- V. Condiciones psicosociales relevantes.
- VI. GAF o C-GAF

- El 37% de los chicos prepúberes con depresión mayor también tienen trastornos de conducta (Puig-Antich, 1982).
- Del 30 al 48% de niños con TDAH también tienen trastornos de conducta (Schachar, 1991).
- El motivo de consulta más frecuente en los centros de salud mental de atención ambulatoria infanto-juveniles es la sintomatología conductual.
- El motivo más frecuente de ingreso en las unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales es la agresividad (tanto hacia los demás como hacia uno mismo). Sin embargo, los diagnósticos al alta de las mismas unidades solo en un 20-25% de los casos son trastornos de conducta.
- La forma de presentación y primeros síntomas que hacen que un joven con un síndrome de Asperger o un cuadro psicótico sea llevado al psiquiatra es en muchas ocasiones la agresividad.

Estas aseveraciones no son más que ejemplos de la importancia de analizar en profundidad a cualquier niño o

adolescente con conductas antisociales o agresivas. La agresividad es una forma de comunicación de cualquier malestar, especialmente en individuos que se sienten amenazados o que no tienen recursos personales (cognitivos, madurativos, etc) para manejar la tensión psicológica. Esto hace imprescindible evitar interpretaciones precipitadas sobre el origen de los comportamientos de los jóvenes, apelando a problemas familiares o sociales o educativos, sin tener en cuenta las características individuales concretas del sujeto.

Los cuadros psiquiátricos que con mayor frecuencia se presentan con conductas agresivas o antinormativas en niños y adolescentes son los cuadros afectivos (episodios depresivos y maniacos) y las psicosis. Los trastornos del desarrollo o los trastornos de la personalidad no diagnosticados antes de la adolescencia también pueden aparecer en ésta en forma de problemas de comportamiento. Cualquier otro trastorno psiquiátrico puede expresarse de forma inespecífica de la misma manera en sus inicios o en un momento de crisis vital, como supone la adolescencia en algunos individuos.

Diagnóstico diferencial de los trastornos de conducta

- Trastornos de conducta
 - TDAH
 - Trastorno negativista desafiante
 - Trastorno disocial
- Trastornos emocionales
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Trastornos bipolares
- Reacciones adaptativas
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos específicos del desarrollo
- Trastornos psicóticos
- Trastornos obsesivos
- Trastornos de la personalidad
- Otros

Surge en el contexto de la observación de que la mayoría de los adolescentes que se atienden en los centros de acogida y/o tratamiento de la Fundación O'Belén presentan trastornos del comportamiento de muy distintos orígenes y que se llevan gestando en los jóvenes durante muchos años antes de que reciban una atención psiquiátrica y/o psicológica específica. Evaluando las historias personales de estos jóvenes, se observa la presencia de conductas anómalas y señales de alarma años antes de que reciban tratamiento. En muchos casos, cuando los adolescentes son atendidos, la patología está cristalizada, estructurada de una manera ya difícil de modificar.

Sabemos por las investigaciones de seguimiento de menores con trastornos del comportamiento que una de las principales variables que pueden mejorar el pronóstico de los mismos es la detección y tratamiento precoces. Dejados a su propia evolución, los chicos con trastornos del comportamiento con frecuencia evolucionan a adultos con trastornos de la personalidad, consumo de alcohol o tóxicos, continúan mostrando trastornos de conducta o, en el caso de las mujeres, presentan trastornos afectivos. La gravedad de los trastornos, la cantidad de conductas antisociales diferentes capaces de desplegar o la edad de inicio, son otros aspectos importantes de cara al pronóstico.

En este contexto de conocimiento, surge el proyecto ESPERI, con una primera intención de crear un instrumento de valoración aplicable en las escuelas para detectar, lo más tempranamente posible, a aquellos jóvenes que empiezan con problemas de comportamiento.

Se inicia el desarrollo, por tanto, de un instrumento completo que permita, de forma masiva, detectar chicos y chicas con un problema incipiente, hacer una primera categorización del tipo de problema que tienen en los dominios sintomáticos que han demostrado tener especificidades pro-

nósticas y terapéuticas, y valorar la intensidad del problema. Con todos estos datos, se pretende hacer una primera aproximación a cada chico con problemas ofertando a las familias, educadores y a los propios chicos, información, derivación a dispositivos especializados o medidas terapéuticas.

Existen en el mercado psicológico distintos instrumentos de evaluación de problemas del comportamiento y psicopatología en general. Entre ellos, los de mayor difusión son, entre otros, el Conners Rating Scale, el Child Behaviour Checklist, el Strengths and Difficulties Questionnaire. La decisión de crear un instrumento nuevo como medida inicial del proyecto ESPERI se basa en los siguientes argumentos:

- Los cuestionarios existentes se centran en síntomas conductuales, de inatención e hiperactividad, no incluyendo otras variables relevantes para el pronóstico y tratamiento. Se crea con el Cuestionario ESPERI un instrumento capaz de categorizar los problemas existentes en una serie de dominios sintomáticos que acerquen la valoración inicial al diagnóstico. Así, de cada valoración emergen cinco índices: conducta pre-disocial, conducta disocial, conducta impulsiva, hiperactividad/intención y psicopatía. En el grupo de niños más pequeños, se busca una aproximación a la conducta oposiciónista específicamente.
- Se construye el cuestionario de manera que en su puntuación emerja un índice de gravedad, que oriente sobre la orientación terapéutica necesaria.
- Se construye un instrumento autoaplicado que permita la administración a grandes grupos de jóvenes.

En definitiva, se trata de un cuestionario que se aplicará de forma generalizada en las escuelas, para detectar y categorizar los problemas existentes de comportamientos perturbadores. En paralelo con el desarrollo del instrumento de evaluación, se está recogiendo información sobre posibles

herramientas de intervención para los distintos problemas detectados, ya sean intervenciones para realizar en la familia, en la escuela o que precisen la derivación a recursos especializados. La detección y especificación de la problemática generará una demanda que se podrá especificar permitiendo el desarrollo de recursos de intervención claramente carentes para atender a la población de niños y adolescentes en nuestra población.

2

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) Un trastorno del comportamiento precursor de otros

JAVIER SAN SEBASTIÁN CABASÉS

Psiquiatra

Proyecto Esperi. Fundación Internacional O'Belén.
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Ramón y Cajal.
Universidad de Alcalá. Madrid

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos **más prevalentes** de inicio en la infancia. Es, además, la alteración del comportamiento (neuroconductual) más diagnosticada en niños en edad escolar (**1**).

Afecta, en función de distintos estudios epidemiológicos, hasta a un 6-10 por ciento por ciento de los niños mayores de 6 años (**2**), si bien su prevalencia puede estimarse en un **3-5 por ciento** de población infanto-juvenil.

Se asocia con retraso y dificultades en el funcionamiento académico y social (**3**).

De forma no infrecuente, evoluciona hacia trastorno negativista-desafiante y disocial en la infancia, siendo elevada su comorbilidad con otros trastornos (**4**); se complica con consumo de sustancias, alta tasa de accidentes etc.. en la adolescencia; y puede, en el adulto, abocar a diversa psicopatología y trastornos, como Tr. del control de los impulsos, Tr. hiperquinético y Tr. antisocial de la personalidad. Todo ello hace muy importante su rápido y correcto

diagnóstico, así como su adecuado tratamiento en la infancia.

Debido a las características de este problema, constituido por un núcleo central que es la condición biológica, de naturaleza cada vez mejor conocida, que denominamos «Déficit de Atención con Hiperactividad», es una cuestión que implica a los servicios sanitarios, ya que debe procederse a un diagnóstico precoz y diferencial con otros posibles problemas neurológicos y psiquiátricos, así como a un tratamiento multimodal. Ahora bien, en tanto en cuanto no es un estado físico alterado de manera transitoria, sino permanente, que afecta al desarrollo escolar, social y personal de los individuos, corresponde también a los servicios educativos la detección en el ámbito escolar y la atención especializada a los niños que, a causa de la interacción entre esta condición biológica y otros factores aptitudinales y ambientales, pudieran estar en riesgo de fracasar escolarmente o sufrir problemas de exclusión social en las escuelas.

Es de destacar la situación actual, en la cual las familias, los profesores y orientadores psicopedagógicos, desconocedores de la naturaleza de este problema, de sus características y de las alternativas de tratamiento preventivo y sintomático-etiológico, se sienten incapaces de ofrecer ayuda adecuada a estos niños e incluso les malinterpretan en su conducta, procediendo a una cierta marginación y a la consideración de niños malos, revoltosos, rebeldes, etc. En la actualidad estos escolares reciben la calificación de niños desmotivados, sin interés por el aprendizaje, indisciplinados, transgresores de normas, resultado de una mala educación familiar y, su tratamiento educativo se suele centrar en dos medidas: aislamiento en el aula o expulsiones durante la Educación Primaria y expedientes disciplinarios orientados a la expulsión de los Centros, en Educación Secundaria.

La principal explicación a esta forma inadecuada de actuar la constituye el hecho antes mencionado de un gran desconocimiento sobre este problema, lo que impide se-

leccionar formas alternativas de actuación por parte de las familias y del sistema educativo.

Merece destacarse, por último, que se trata de un trastorno **infradiagnosticado en España**, por distintas razones:

1. Escasez de equipos y de profesionales adecuadamente formados y actualizados.
2. Inexistencia de la especialidad o subespecialidad médica a cuyo campo de conocimientos la OMS atribuye el diagnóstico y tratamiento integrales del TDAH.
3. Excesiva influencia de doctrinas que atribuyen al TDAH a causas dispares.

Además, inadecuadamente derivado:

1. Se detecta sobre todo en la escuela pero no siempre se deriva a los servicios de salud.
2. Se interpreta como un trastorno exclusivamente neurológico, cuando en el enfoque diagnóstico y terapéutico deben intervenir otros profesionales, coordinados por el paidopsiquiatra, dado el riesgo evolutivo y la comorbilidad.

El TDAH en España, es, además, con frecuencia **inadecuadamente tratado** por diversas razones:

1. Abundancia, todavía, de «soluciones alternativas» (desde gafas de colores, hasta dietas especiales, fármacos inadecuados o terapias de total ineficacia).
2. Resistencia familiar a tratamientos psicofarmacológicos de los niños.

En su **etiología** está comprobada la causalidad biológica y genética, con alteraciones anatómicas y de la neurotransmisión Dopaminérgica y Noradrenérgica.

El **tratamiento** debe ser **multimodal**, y debe hacerse en el en el ámbito sanitario a cargo del Equipo Paidopsi-

quiátrico, con la adecuada formación actualizada, intervención de distintos especialistas y profesionales, en estrecha relación con el colegio y las familias. Todos los subtipos de TDAH responden bien al tratamiento farmacológico con psicoestimulantes: En el Estudio MTA (*Jensen y cols., 2001*), se comprobó la superior eficacia del Metilfenidato, en prescripción adecuada, sobre cualquier otra medida terapéutica, excepto en el subgrupo comórbido con trastornos emocionales (igual eficacia que terapia cognitivo-conductual)

HISTORIA

El síndrome fue descrito a finales del siglo XIX con términos como «locos idiotas», «locura impulsiva» y «inhibición defectuosa». La primera descripción clínica, equivalente a las actuales, del trastorno por hiperactividad fue hecha por Still en 1902, que describió a los niños como padeciendo «efectos mórbidos del control moral». Tras la epidemia de encefalitis letárgica que siguió a la I Guerra Mundial, muchos de los niños que sobrevivieron presentaron trastornos de la conducta con hiperactividad. En los años '50 se definió el «síndrome del daño cerebral mínimo» para englobar a niños con hiperactividad, distraibilidad, impulsividad, perseveración y defectos cognitivos, en los que no se pudo demostrar una etiología orgánica, pese a la sospecha clínica. El término síndrome hiperactivo de la infancia surge en la ICD-9 de 1965 y en el DSM-II de 1968. En el DSM-III pasa a denominarse «trastorno por déficit de atención» con o sin hiperactividad y en el DSM-III-R se da de nuevo más importancia a la hiperactividad, con la denominación «trastorno hiperactivo con déficit de atención».

En la CIE-10 estos trastornos se clasifican bajo el epígrafe F90-98 «Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia», en el apartado F90 **Trastornos hipercinéticos**: F90.0 *Tras-*

torno de la actividad y de la atención, incluye trastorno por déficit de atención y síndrome de déficit de atención con hiperactividad, F90.1 *Trastorno hipercinético disocial*, cuando se satisface el conjunto de pautas para el trastorno hipercinético y para el trastorno disocial, F90.8 *Otros trastornos hipercinéticos*, y F90.9 *Trastorno hipercinético sin especificación*. En el apartado F91 **Trastornos disociales** se incluyen: *Trastorno disocial limitado al contexto familiar, en niños no socializados, en niños socializados, desafiantes y oposicionista, otros trastornos disociales y el trastorno disocial sin especificación*. La CIE-10 rechaza el término «trastorno por déficit de atención» porque implica un conocimiento de procesos psicológicos del que carece y englobaría niños con problemas muy distintos (soñadores, apáticos o ansiosos), aunque reconoce que el déficit de atención constituye clínicamente un rasgo central de los síndromes hipercinéticos.

La clasificación DSM-IV los engloba bajo el epígrafe **Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador**, dentro del capítulo dedicado a los «Trastornos de inicio en la infancia, en la niñez o en la adolescencia». En este apartado incluye las siguientes categorías: F90.0 *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado*, F98.8 *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio del déficit de atención*, F90.0 *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio hiperactivo-impulsivo*, F90.9 *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado*, F91.8 *Trastorno disocial*, F91.3 *Trastorno negativista desafiante* y F91.9 *Trastorno de comportamiento perturbador no especificado*.

En la escuela francesa el cuadro se denomina inestabilidad psicomotriz. En el periodo entre 2-3 años la atención del niño es naturalmente lábil y su explosiva motricidad le impulsa a multiplicar sus descubrimientos y experiencias. Esta conducta puede ser mal tolerada por el ambiente y las

exigencias inaccesibles del medio pueden acentuar la inestabilidad del niño y hacer que se instale en una auténtica inestabilidad reactiva.

CLÍNICA DEL TDAH

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón de comportamiento persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y grave que lo esperado para la edad o el nivel de desarrollo. Generalmente el diagnóstico se hace después de años de trastornos de conducta y suele ser después de los 7 años de edad, cuando se afecta la adaptación escolar, aunque suele comenzar durante los primeros cinco años de vida. No se realiza el diagnóstico si aparece una esquizofrenia, trastorno generalizado del desarrollo u otro trastorno psicótico o si se puede explicar por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, de ansiedad, disociativo o trastorno de la personalidad. En el 10-60% de los casos el trastorno persiste en la adolescencia y edad adulta, aunque en general las alteraciones sintomáticas van atenuándose durante la adolescencia. Algunos adultos siguen presentando un síndrome completo, aunque en general persisten únicamente algunos síntomas, que permiten realizar el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en remisión parcial.

Es mucho más frecuente en varones (4:1 en la población general y 9:1 en la población clínica). La prevalencia estimada oscila en torno al 3-5% de los niños en edad escolar. Las cifras de prevalencia pueden variar entre el 1/1000 en Gran Bretaña (Rutten) y el 20% en USA, dependiendo, fundamentalmente, de diferencias metodológicas (diferencias en la terminología, en el punto de corte a la hora de utilizar escalas diagnósticas, de la cantidad y calidad de los informantes precisos para realizar el diagnóstico, del rango de

edades estudiadas y de la rigidez al utilizar los criterios diagnósticos). La prevalencia máxima (8%) se da en niños entre 6-9 años, siendo menor en preescolares y adolescentes. Es más frecuente en áreas urbanas que en áreas rurales.

Las **deficiencias de la atención** (inatención o inestabilidad psíquica) pueden surgir en forma de despistes, falta de atención a los detalles en el contexto escolar, familiar o social, sobre todo en actividades que conllevan la participación de procesos cognitivos. Esto conlleva que los trabajos pueden ser sucios, descuidados, realizados sin reflexión, ya que generalmente les cuesta mucho trabajo persistir en una tarea hasta terminarla. Con frecuencia parecen estar despistados, con la mente en otras cosas, se despistan con estímulos irrelevantes o hechos triviales («el vuelo de una mosca»), cambiando constantemente de una a otra actividad. Debido a esto, les cuesta organizar sus actividades y viven las que suponen un esfuerzo sostenido como desagradables y aversivas (tareas domésticas o escolares). En algunos casos estas dificultades acaban generando un negativismo secundario. Las actividades cotidianas les suponen un gran esfuerzo y es frecuente que las olviden. En las conversaciones parecen no escuchar, cambian de un tema a otro, son incapaces de seguir las normas del juego o los detalles de las actividades.

La **hiperactividad (inestabilidad motriz)** se observa en la inquietud, en la dificultad para permanecer sentado tranquilo. El niño puede estar corriendo, saltando y sin parar de moverse en situaciones en las que resulta inadecuado; por ello son más propensos a los accidentes y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados, por falta de premeditación. Le cuesta realizar actividades tranquilas, aunque sean de ocio, no paran de hablar. El cuadro clínico puede variar con la edad y el nivel del desarrollo. En los preescolares el diagnóstico ha de hacerse con cautela, pero estos niños están continuamente en movimiento, tocando todo y poniéndose en peligro, les cuesta anormalmente estar sentados oyendo

un cuento, p. ej. (los niños promedio de 2-3 años pueden permanecer sentados al lado de un adulto mirando los grabados de un libro durante un rato). Los escolares «no paran quietos», mueven continuamente los miembros, se levantan en clase o durante la comida, hablan en exceso o resultan demasiado ruidosos incluso llevando a cabo actividades tranquilas. En adolescentes y adultos los síntomas de hiperactividad no son tanto en forma de movimiento continuo como sentimientos de inquietud motora (desazón interna) y dificultades para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas. El grado de hiperactividad es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio. La inestabilidad motriz se acompaña de inestabilidad postural y de «reacción de prestancia», definida por Wallon como actitudes afectadas y adultomorfas.

La **impulsividad** se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas, dificultad para esperar el turno o interrumpir o interferir a otros hasta el punto de tener problemas en los ámbitos escolar, social o familiar. Además de la inadecuación social, la impulsividad facilita la aparición de accidentes o la realización de actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias.

Generalmente, los niños tienen más trastornos de conducta en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de novedad o atractivo intrínsecos. Cuando existe mucho control externo, ante situaciones nuevas o especialmente interesantes, en una relación personal cara a cara o gratificaciones frecuentes por el buen comportamiento, los signos del trastorno pueden ser mínimos. El cuadro suele ser más severo en situaciones de grupo.

En algunos casos puede predominar la inatención sobre la hiperactividad-impulsividad o viceversa, por lo que el DSM-IV admite los subtipos combinado, con predominio del déficit de atención y con predominio hiperactivo-im-

pulsivo, cuando uno de los subtipos ha estado presente durante más de seis meses. Durante la evolución clínica el cuadro puede pasar de uno a otro tipo. La CIE-10 define los subtipos en función de la presencia de síntomas de trastorno disocial.

Muchas veces al cuadro clínico se asocian características de baja tolerancia a la frustración, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, así como síntomas emocionales: labilidad, disforia, desmoralización, baja autoestima y rechazo por parte de los iguales, pudiendo llegar a ser niños aislados. El rendimiento escolar se deteriora y ocasiona problemas con los padres y los profesores, ya que es percibido como perezoso, irresponsable y con un comportamiento oposicionista. La variabilidad sintomática confirma la idea que tiene la familia de que el comportamiento es voluntario, generando una dinámica familiar alterada. En general, el rendimiento académico y laboral que alcanzan es inferior al de sus compañeros, y su CI suele ser algo inferior al normal. Cuando es grave es muy perturbador, y con frecuencia se asocia con un trastorno negativista desafiante o con un trastorno disocial. Puede conllevar, así mismo, la presencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje y trastornos de la comunicación. Se puede asociar con síndrome de la Tourette, y generalmente su inicio es previo a éste. Son muy frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje, así como problemas de lectura y del aprendizaje.

La CIE-10 define como rasgos asociados, que apoyan el diagnóstico aunque no son necesarios, la desinhibición en la relación social, falta de precaución en situaciones de riesgo y quebrantamiento impulsivo de algunas normas sociales. Los trastornos del aprendizaje y la torpeza de movimientos que acompañan al síndrome hipercinético se codifican aparte.

A veces se asocia con otras manifestaciones psicopatológicas, como enuresis o trastornos del sueño.

ETIOLOGÍA

La evidencia clínica parece sostener que este trastorno es la vía final de una vulnerabilidad biológica que interactúa con otras variables de tipo ambiental. En los últimos años se ha avanzado en el conocimiento sobre las bases biológicas del TDAH en tres líneas fundamentales: La genética, la neurotransmisión y la neuroimagen.

En algunos casos se han encontrado antecedentes de maltrato y/o abandono, situaciones de adopción o acogida, exposición a **neurotóxicos** (plomo), **infecciones** (encefalitis), **exposición prenatal** a fármacos, peso bajo al nacer o retraso mental.

Existe una disfunción cerebral uniforme, cada vez mejor conocida. La expresión de dicha hipotética disfunción se observaría en las dificultades en el control, como en la organización del procesamiento de la información, atención, respuestas sociales y la inhibición apropiada.

GENÉTICA

Se conoce una vulnerabilidad y heredabilidad genética, ya que es más frecuente en los familiares de primer grado de los niños con déficit de atención con hiperactividad el presentar el mismo cuadro. También se ha encontrado una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos relacionados con substancias y trastorno antisocial de la personalidad en los padres biológicos. En los padres adoptivos de niños hiperactivos no se han encontrado cifras de psicopatología mayores que las de los padres adoptivos de niños normales, lo que indicaría un origen genético más que un origen ambiental. El riesgo de padecer un trastorno por hiperactividad en los hermanos de niños hiperactivos es el doble del de la población general. Factores genéticos conocidos (4):

- Asociación clara en mellizos homocigotos.
- Implicación del gen transportador de Dopamina (DAT1), ubicado en el cromosoma 5.
- Implicación del gen receptor de dopamina (DRD4), en el cromosoma 11.
- Implicación de genes de la vía de la Noradrenalina.

NEUROTRANSMISIÓN

Se conoce la existencia de una **disfunción del sistema dopaminérgico-adrenérgico**, debido a la buena respuesta ante los estimulantes y otros hallazgos. Se han encontrado hallazgos de alteraciones en la regulación del metabolismo adrenérgico.

La Disfunción del sistema **dopaminérgico** implicaría:

- Disminución de la concentración, dificultad organización-planificación de actividades complejas, dificultad en el aprendizaje. Todo ello a través de la vía DA mesocortical.
- Disminución de la adherencia a las actividades. Y del reforzamiento. A través de la vía DA Ganglio-Estriado-Ventral.
- Hiperactividad, impulsividad, a través de la vía DA Nigroestriada.

La Disfunción del sistema **noradrenérgico** implicaría:

- Disminución de la Atención, a través de la vía NA Locus Coeruleus-Córtex prefrontal.

Alteraciones morfológico funcionales: Las Técnicas de Neuroimagen (PET, SPECT, RMN y RMNf) han aportado datos acerca de las alteraciones morfológico-funcionales en el TDAH, cuya síntesis sería:

- Los estudios de neuroimagen muestran evidencias de disfunción anatómica y funcional en los pacientes con TDAH.
 - Disminución del volumen cerebral.
 - Especialmente en regiones frontoestriatales y cerebelosas ricas en proyecciones dopaminérgicas (vermis inferior); corteza prefrontal, núcleo caudado y vermis cerebeloso.
 - Menor actividad metabólica cortical.
- Correlación entre disminución del tamaño y síntomas
 - La disfunción del núcleo caudado y la hipofunción de la corteza prefrontal serían los lugares principales de alteración en el TDAH.
- El tratamiento con estimulantes activa las regiones cerebrales metabólicamente deficitarias en el TDAH.

Datos de SPECT/PET.

- Disminución de la actividad en regiones subcorticales (*Lou, et al., 1990*).
- Disminución del metabolismo cortical global (*Zametkin, et al., 1990*).
- El tratamiento con Metilfenidato incrementa la perfusión en la corteza prefrontal y núcleo caudado (*Kim et al., 2001*).

Datos con RMNf.

- Disminución de la actividad fronto-estriada.
 - Los estudios con metilfenidato muestran una mejoría en la funcionalidad.
 - Incremento de la actividad metabólica fronto-estriada.
 - Correlación entre la mejoría en las respuestas del paciente y la actividad metabólica (*Vaidya, et al., 2001*).
- En un estudio reciente, llevado a cabo con 23 niños con TDAH y 24 controles, utilizando Resonancia Mag-

nética funcional (RMN f) los autores concluyen «Nuestros datos apuntan al córtex prefrontal superior derecho como la parte que más contribuye a las anomalías observadas. Este área de anomalía en TDAH está relacionado con el funcionamiento de la atención» (5)

Los **lóbulos frontales**, mediante mediadores adrenérgicos, ejercen una influencia inhibitoria en las estructuras estriatales inferiores, mediada por dopamina. El córtex orbitofrontal parece estar implicado en las conductas impulsivas y agresivas. Mediante PET se ha observado diferencias en la utilización de la glucosa y el flujo cerebral de los lóbulos frontales entre los niños hiperactivos y los normales. Además, con la administración de metilfenidato se observa un aumento del flujo sanguíneo en el mesencéfalo y los ganglios basales, con disminución en las áreas motoras corticales, que podría explicar el efecto terapéutico del metilfenidato.

OTRAS TEORÍAS ETIOPATOGENICAS

Aunque popularmente se ha relacionado el síndrome con los **aditivos alimentarios y el azúcar**, en los estudios clínicos no se ha demostrado dicha correlación.

La escuela francesa relaciona la inestabilidad con un estado reactivo a una **situación traumatizante** o ansiógena para el niño, basándose en que cuanto menor es el niño, más tiende a expresar el malestar o la tensión psíquica mediante su cuerpo. La inestabilidad reactiva puede aparecer tras intervenciones quirúrgicas, separaciones, disociaciones familiares, etc.

La respuesta intolerante del medio, o unas exigencias excesivas, ante un niño con una motricidad congénitamente más «explosiva» que en otros niños puede ocasionar la fijación de la reacción motriz en un estado patológico, deter-

minando de algún modo una forma peculiar de ser como es la inestabilidad.

En otros casos, se observa la aparición de conductas provocadoras y peligrosas, como si el niño intentara castigarse o que lo castigaran. En estos casos la inestabilidad puede significar la búsqueda de autopunición, como en los niños con culpabilidad neurótica. La inestabilidad constituye la respuesta a una angustia permanente, sobre todo si dominan los mecanismos mentales proyectivos persecutorios o un equivalente de la defensa maníaca frente a angustias depresivas o de abandono. La inestabilidad puede ser, así mismo, un elemento más de una organización psicótica o prepsicótica.

Los factores familiares contribuyen a la persistencia y severidad del cuadro clínico (especialmente la mala relación madre-hijo). La presencia de una vulnerabilidad biológica expondría al niño a un riesgo mayor de estar afectado por cualquier forma de estrés familiar o escolar.

DIAGNÓSTICO

No se han encontrado hallazgos de laboratorio o de exploraciones cognitivas específicas. Con mayor frecuencia que en la población general se observan algunas anomalías físicas menores, como hipertelorismo, implantación baja de los pabellones auriculares o paladar ojival. Son más frecuentes las lesiones físicas, fundamentalmente derivadas de accidentes.

En estudios de laboratorio no se ha encontrado con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva. El estudio del tono permite, según algunos autores, distinguir una inestabilidad con paratonía, caracterizada por un fondo permanente de contracturas o de tensión, en la que la inestabilidad aparece como una «fuga» en relación con dicho estado de control, y una inestabilidad en la que el equilibrio tónico es normal, pero con numerosos sig-

nos de emotividad intensa, incluso caótica: mirada inquieta, sobresalto evidente ante la menor sorpresa, temblor de manos, sonrojo, etc. Son niños que parecen estar en estado de permanente hipervigilancia, como si en todo momento el entorno pudiera resultar peligroso o desmoralizador.

La entrevista psicodinámica y la utilización de tests de personalidad y proyectivos (Rorschach, T.A.T., Patte Noire) permiten situar el nivel de desorganización de la personalidad.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA EN TDAH

- **Entrevista clínica**

- Generalmente es la única herramienta (2-3 visitas para asentar el diagnóstico). Diferencia trastornos psiquiátricos (depresión, psicosis).

- **EEG**

- Evaluación de epilepsia (sobre todo ausencias).

- **Valoración oftalmológica/ORL**

- Evaluación de inatención por déficits sensoriales.

- **Cociente de Inteligencia**

- Evalúa retraso mental.

- **Analítica**

- Sospecha de hipertiroidismo.

- **Escalas**

- Necesidad de homogeneizar instrumentos de evaluación.

Existen **escalas específicas para el TDAH**, entre las cuales podemos mencionar:

1. *Escalas para los profesores:*

- Instrumentos únicamente para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

1. *CAP Scale (Childhood Attention Problems)*: con dos subescalas: inatención e hiperactividad.
2. *Conners Abbreviate Symptom Questionnaire (CASQ)*: similar a la anterior.
3. *The ADHD Rating Scale*: mide Inatención-Hiperactividad e Impulsividad-Hiperactividad.
- Instrumentos para el TDAH y otros síntomas:
 1. *Conners Teacher Rating Scale*: tiene 4 subescalas: problemas de conducta, inatención, tensión/ansiedad e hiperactividad, así como un factor de sociabilidad.
 2. *The ADD-H: Comprehensive Teacher Rating Scale (ACTeRS)*: puntúa atención, hiperactividad, habilidades sociales, conducta oposicionista. Es sensible al tratamiento.
 3. *The IOWA Conners Teacher's Rating Scale*: Hiperactividad (inatención-hiperactividad) y problemas de conducta (agresión).
2. *Escalas para los padres*:
 - Instrumentos para TDAH sólo:
 1. *CASQ*.
 2. *ADHD Rating Scale*, adaptado a los criterios diagnósticos DSM IV. La aplica el evaluador.
 - Instrumentos para TDAH y otros síntomas:
 1. *Conners Parents Rating Scale (CPRS)*: tiene dos versiones, una larga, con 8 subescalas (trastornos de conducta, ansiedad-timidez, inquietud-desorganización, problemas de aprendizaje, síntomas psicosomáticos, síntomas obsesivo-compulsivos, conducta antisocial e hiperactividad-inmadurez), y una breve, con 5 subescalas (trastornos de conducta, problemas de aprendizaje, síntomas psicosomáticos, hiperactividad-impulsividad y ansiedad).
 - *The Yale Children's Inventory (YCI)*: evalúa atención, hiperactividad, impulsividad, sociabilidad, habituación, trastornos de conducta socializados, trastornos de conducta agresivos y afecto negativo.

3. *Escalas de autoevaluación*:
 - Diseñada por Conners y Wells para los adolescentes (*ADD-H Adolescent Self-Report Scale*), que evalúa problemas de concentración, inquietud, autocontrol, enojo, problemas con amigos, confidencialidad y aprendizaje.
4. *Escalas específicas de situación*:
 - Preguntan por situaciones específicas, más que valoraciones globales. Existen varias: *Werry-Weiss-Peters Activity Scale*, para padres y cuidadores, *Home Situations Questionnaire* y *School Situations Questionnaire*.

Criterios diagnósticos DSM-IV para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

- A. (1) o (2).
1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:
 - a) A menudo no presta atención a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
 - c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento intencionalmente desafiante o de rebeldía).

- to negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
 - g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
 - h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.
2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
 - i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes.
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1 pero no el A2 en los últimos 6 meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el criterio A2 pero no el A1 durante los últimos 6 meses.

COMORBILIDAD EN TDAH

Muy elevada. Aproximadamente el 80% de los pacientes tienen al menos un trastorno comórbido (4).

Asociada a:

Factor común de vulnerabilidad TDAH y otro Trastorno (Tr. de La Tourette?).

TDAH como factor de riesgo en el sentido de estigmatizar y marginar al paciente: Rechazo escolar y social, baja autoestima del paciente, respuesta desajustada.

Trastornos asociados:

Trastorno Oposicionista Desafiantes (30-50%).

Trastorno Disocial (14%).

Tr. Emocionales: Del estado de ánimo(15-75%) y de ansiedad (25-35%).

Tr. De la comunicación.

Retrasos específicos del desarrollo motor y del lenguaje (30%).

Trastornos del aprendizaje (15-30%).

Tr. Tics y G de la a Tourette (11%).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En primer lugar hay que descartar que el comportamiento hiperactivo del niño sea el correspondiente al **propio de la edad** de un niño activo.

Los niños con **retraso mental**, sobre todo si están escolarizados en un colegio normal pueden presentar síntomas de desatención, que sólo deben recibir el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad si son claramente excesivos para la edad mental del niño.

En el caso opuesto, los niños con una **capacidad intelectual elevada** pueden manifestar síntomas de déficit de atención en ambientes poco estimulantes.

Cuando coexiste un **trastorno generalizado del desarrollo**, éste tiene preferencia para el diagnóstico. La CIE-10 sitúa el principal diagnóstico diferencial con el trastorno disocial, aunque cuando existen rasgos de trastorno hipercinético y disocial, permite hacer el diagnóstico de trastorno hipercinético disocial.

La hiperactividad y falta de atención pueden ser síntomas de un **trastorno de ansiedad** grave o de un **trastorno depresivo agitado**, que tienen prioridad para ser codificados como diagnóstico principal.

También es importante considerar la posible existencia de un **episodio maníaco**, que cursa con sintomatología similar al TDAH, y, aunque muy infrecuente en la infancia, puede presentarse.

Cuando el inicio es agudo suele ser secundario a otro trastorno (psicógeno u orgánico), un estado maníaco, una esquizofrenia o un trastorno neurológico, como la fiebre reumática.

La **disfunción cerebral mínima** se ha descrito en niños con dificultades motrices (desde la torpeza hasta las dispraxias), que incluyen la hipercinesia, dificultades de concentración y de fijación ante una tarea, dificultades cognitivas (anomalías en nociones temporoespaciales, dificultades en retener las secuencias rítmicas y perturbaciones en el test de Bender), dificultades escolares (dislexia o déficits específicos o globales del aprendizaje), dificultades de control pulsional (deficiente control de esfínteres e impulsividad), dificultades de relación (facilidad para la cólera y dificultad para aceptar consejos), dificultades afectivas (labilidad afectiva, reactividad ante las frustraciones, agresividad y disforia), dificultades familiares, síntomas neurológicos discretos («soft»): deficiente coordinación de la motricidad fina, movimientos coreiformes, zurdería, lenguaje mediocre y estigmas físicos: anomalía del epicantus o de las orejas, bóveda palatina acentuada, estrabismo, tercer dedo del pie largo y aplanoado, cráneo pequeño o en exceso puntiagudo. Se ha sugerido la

hipótesis de que este cuadro se deba a una disfunción fisiológica que afectaría al metabolismo monoaminérgico.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe depender de la reacción del ambiente ante la hiperactividad. Esta reacción puede variar desde el castigo o la coacción hasta la complacencia o la provocación. Puede depender de la existencia o no de trastornos asociados o de la profundidad de los trastornos de personalidad. La acción terapéutica puede orientarse hacia una reorganización educativa, y siempre debe contemplar **la psicoeducación** con los padres, la familia y los profesores y ámbito escolar: consejos educativos a los padres y a la escuela, práctica de un deporte o centro recreativo; hacia un intento de catexis libidinal positiva del conjunto corporal estático (relajación) o dinámico: juegos psicomotores, danza rítmica o hacia la búsqueda de solución de los conflictos psicoafectivos: psicoterapia.

El tratamiento farmacológico con **psicoestimulantes** (anfetaminas) ha sido utilizado en niños hiperactivos y con disfunción cerebral mínima, encontrándose tasas de mejoría entre los dos tercios y los cuatro quintos.

La dextroanfetamina y el metilfenidato aumentan la neurotransmisión dopamínérgica y noradrenérgica incrementando la liberación de dopamina, bloqueando la recaptación presináptica e inhibiendo la actividad de la monoamino oxidasa. La dextroanfetamina también incrementa la transmisión de serotonina y el metilfenidato tiene una actividad postsináptica agonista directa. La pemolina afecta la transmisión dopamínérgica, con escasos efectos simpaticomiméticos.

El estimulante más utilizado en niños hiperactivos es el **metilfenidato**, fundamentalmente por tener menos efectos adversos sobre el crecimiento que las otras dos moléculas estimulantes usadas también (dextroanfetamina y pemoli-

na). La **pemolina**, el más moderno de los tres, se diferencia de ellos en que tiene una acción terapéutica retardada 3 semanas; cuando se produce la respuesta terapéutica, el efecto de una dosis es más largo (5-6 horas frente a las 3-4 horas de los otros). La dosis media de pemolina es entre 37.5 y 112.5 mg/día. El efecto secundario más importante es la disfunción hepática, que puede no revertir tras la discontinuación del tratamiento, por lo que se requiere el control analítico.

El **metilfenidato** mejora la capacidad de atención y la hiperactividad sin objetivo, así como la motivación, la capacidad de aprendizaje y el control inhibitorio. En la práctica clínica, el 70% de los niños hiperactivos mejoran con psicoestimulantes. En dosis superiores a 0,6 mg/kg, mejora, así mismo, las respuestas sociales, aunque siguen siendo percibidos por sus iguales como hiperactivos. La interacción con la madre suele mejorar, siendo capaz esta de proporcionar más comentarios positivos a la conducta del niño. La respuesta individual es muy variable. La dosis óptima para mejorar el comportamiento social (1mg/kg) puede deteriorar el aprendizaje. El efecto es dosis-lineal y suele estar entre 0,1-0,6mg/kg, aunque algunos niños precisan dosis superiores a 1 mg/kg. Dosis superiores a ésta no se recomiendan por la aparición de efectos secundarios y porque no suelen ser necesarias. En general se da en dos dosis: desayuno y comida, siendo la del desayuno doble que la de la comida, para evitar el insomnio.

Los efectos secundarios más frecuentes son la pérdida de apetito y la dificultad para conciliar el sueño y, en algunos casos, cefalea o gastralgia. Estos efectos secundarios suelen desaparecer reduciendo la dosis, aunque generalmente disminuyen con el tiempo. Uno de los efectos de los estimulantes es el retardo del crecimiento, observándose una recuperación rápida durante las vacaciones de la medicación. El que menos produce este efecto es el metilfenidato. Las dosis bajas tienen menos efecto sobre el crecimiento, aunque en

general, incluso a dosis altas, durante un periodo prolongado de tiempo y sin vacaciones, los efectos finales son pequeños. Hay que tener cuidado, fundamentalmente durante la adolescencia, monitorizando el peso y la talla. Tienen, también efectos cardiovasculares: aumento de la tasa cardíaca y de la presión sistólica, pero no son clínicamente significativos. Se discute si pueden exacerbar los síntomas de un trastorno de Gilles de la Tourette o precipitarlo en niños predisuestos genéticamente, por lo que se recomienda evitar su uso en estos casos. En otros estudios, sin embargo, en niños con ambas patologías, se han utilizado estimulantes observándose una reducción de los tics a dosis de 15mg dos veces al día, por lo que la prescripción debe ser individualizada. En raras ocasiones pueden aparecer síntomas psicóticos, más frecuentemente en forma de alucinaciones táctiles que de delirios, que ceden cuando se retira el estimulante.

No se ha observado correlación clínica entre el efecto terapéutico y los niveles sanguíneos de metilfenidato.

La decisión de pautar un tratamiento con estimulantes debe ser individualizada, en función de las alteraciones académicas y/o familiares y el grado de incapacidad que producen en el niño, así como de la respuesta a tales moléculas. Generalmente no son precisas en preescolares, en los que el consejo a los profesores y a los padres puede ser suficiente si el trastorno no es muy severo. En principio, deben evitarse durante la adolescencia por los efectos sobre el crecimiento, pero debe seguirse la administración si el trastorno sigue produciendo alteraciones severas del comportamiento o del rendimiento laboral o académico.

ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS EN TDAH

En los últimos años, la investigación farmacológica ha permitido el desarrollo de fármacos que, manteniendo altos niveles de eficacia y seguridad, evitan los problemas que

planteaba el Metilfenidato de liberación inmediata (Taquifiliaxia aguda, discontinuidad en el efecto, incomodidad al tener que tomar medicación en el colegio, ausencia de efecto por la tarde, incumplimientos etc). Entre estos fármacos están:

Metilfenidato de acción retardada por sistema O.R.O.S. (concerta).

Antidepresivos (bupropion, atomoxetina).

Otros noradrenérgicos (clonidina).

Agonistas nicotínicos de la Ach (donepezilo).

Antidepresivos en TDAH

Indicados por su acción noradrenérgica y serotoninérgica. Constituyen la alternativa al tratamiento con psicoestimulantes y el tratamiento de elección si fracasan.

AD tricíclicos: comunicada eficacia con Amitriptilina, Imipramina, Desipramina, Clorimipramina y Nortriptilina. En los estudios abiertos se obtuvieron tasas de respuesta entre 60 y 90% pero en los estudios controlados las respuestas han sido de entre el 48 y 68%.

Ventajas de los AD:

- Larga vida media que permite flexibilizar las tomas, disminuir su número y minimizar el riesgo de abuso y dependencia.
- Efectos beneficiosos en la ansiedad y depresión frecuentemente comórbidas.
- En los últimos años se han sumado nuevos estudios con antidepresivos en TDAH.
- ISRS : Fluoxetina.
- Inhibidores de la recaptación de Serotonina y Noradrenalina: Venlafaxina.

- Agonistas dopaminérgicos y noradrenérgicos: Buproprion.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de Noradrenalina: Atomoxetina.

Bupropion

- AD con efecto agonista indirecto dopaminérgico y noradrenérgico.
- Potencialmente eficaz en tratamiento del TDAH.
- Recientemente comercializado en España, pero sólo como fármaco para el tratamiento del tabaquismo (imposible su prescripción en población infantil).
- El estudio de Conners et al. (1996) es el más riguroso y más amplio con este fármaco, obteniéndose una mejoría significativa del grupo de pacientes, detectada desde el tercer día de tratamiento (CPRS y CTRS) y mejorías con tendencia a la significación en otros instrumentos de medida (CPT, etc.). Sin embargo, la ICG no reveló resultados significativos. Los autores concluyen que los resultados obtenidos son menores que los que aportan los estudios con psicoestimulantes.

Atomoxetina (STRATTERA)

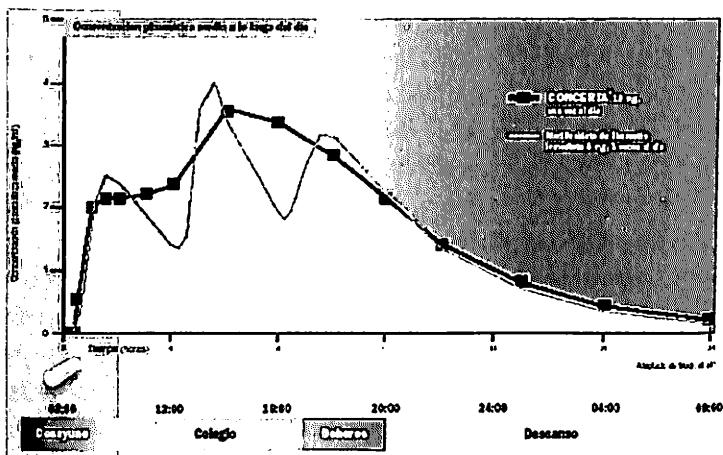
- Es un AD inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina.
- Inhibición del transportador noradrenérgico presináptico.
- Escasa afinidad por sistemas muscarínico, colinérgico, histaminérgico, serotoninérgico y $\alpha_{1,2}$ adrenérgico.
- Vida media en plasma de 4 a 19 horas.
- Metabolización mediante el citocromo P450 2D6.
- Un metabolito activo (4-hidroxiatomoxetina).
- No comercializado todavía, si bien está muy próxima su comercialización en EEUU.
- Probablemente sea el fármaco que mejores perspectivas ofrece en cuanto a eficacia, seguridad y ventajas

sobre el Metilfenidato por su vida media más larga que permite la prescripción en dos tomas (mañana y noche), sin discontinuidad terapéutica y por la ausencia de efectos secundarios reseñables, sobre todo hiporexia e insomnio.

- Hay ya muchas investigaciones y ensayos con distinta metodología que avalan la eficacia y seguridad de este fármaco, de los que merecen mencionarse dos:
 - *Michelson et al.(2001)*: Estudio multicéntrico, con muestra de 297 niños entre 8 y 18 años, randomizado, de 8 semanas, doble ciego versus placebo (N = 84), con dosis variables de atomoxetina (0.5, 1.2 y 1.8 mg/Kg/dia). Evaluación mediante ICG, CHQ, ADHD-RS-IV y CPRS-RS. Se obtuvieron cambios significativos en distintos ítems de las escalas de medida (ADHD-RS-IV y CPRS-RS), con las tres pautas de dosis, excepto en la inatención con dosis de 0.5 mg/kg/día. Efectos adversos en más del 5% de los sujetos.
 - *Kratochvil et al., 2001*: Estudio multicéntrico, abierto, de 10 semanas, randomizado, con muestra de 228 niños de 7 a 15 años, comparativo de Metilfenidato (N = 44) y Atomoxetina (N = 184). Evaluación mediante la ADHD-RS-IV y CPRS-RS. Dosis flexibles en función de respuesta y efectos secundarios. No siendo ninguna de las diferencias significativas, se obtuvieron resultados algo mejores con Metilfenidato en las puntuaciones de la ADHD-RS-IV y favorables a atomoxetina en la ICG y CPRS-RS. La tasa de finalizaciones/abandones fue similar y la de efectos adversos inferior en los pacientes que recibieron atomoxetina

METILFENIDATO DE LIBERACIÓN GRADUAL (CONCERTA)

El fármaco activo (Metilfenidato) recubre y se encuentra en el interior de la cápsula, cuya estructura permite su liberación gradual y paulatina a lo largo de unas 10 horas después de su toma única matutina. Esto evita los inconvenientes que se mencionaban acerca del Metilfenidato clásico, manteniéndose unas concentraciones plasmáticas uniformes durante todo el día, con control de los síntomas hasta la noche. Así, la farmacocinética resulta idónea, mejorándose el cumplimiento terapéutico.



El Metilfenidato O.R.O.S. (Concerta) también ha sido objeto de numerosos ensayos que avalan su eficacia y seguridad, entre los que destaca el de Wolraich et al (2001):

- Estudio randomizado y doble ciego, de 28 días de duración.
 - N = 277 niños, todos en tratamiento con metilfenidato.
 - 3 grupos de tratamiento:
 - Placebo.

— Metilfenidato (3 veces al día).

— Concerta®.

- 71 abandonos (25,6%):
 - 59 por falta de eficacia.
 - 2 por efectos adversos.
 - 10 por otros factores.

Medidas de eficacia:

- Escala IOWA de Conners
- SNAP-IV
- C-GAS
- CGI

Evaluadores: Padres, profesores e investigador.

El Concerta mostró una eficacia significativamente superior al placebo, similar al Metilfenidato en las escalas evaluadas por profesores y algo superior al Metilfenidato en las escalas evaluadas por padres.

Sin diferencias en efectos secundarios entre metilfenidato y Concerta®.

Agonistas nicotínicos de la Acetilcolina (Donepezilo)

Los receptores nicotínicos de la acetilcolina tienen una localización amplia (cortex, sustancia gris periacueductal, ganglios de la base, tálamo, hipocampo, cerebelo) y están implicados en funciones cognitivas (atención, memoria, aprendizaje, control motor). Son además reguladores de la liberación de diversos neurotransmisores (DA y NA entre otros) en un efecto similar al de los psicoestimulantes.

No existen estudios de la suficiente entidad como para avalar estos fármacos en el tratamiento del TDAH. Destaca el trabajo de Wilens et al. (2000) con 5 pacientes de entre 8 y 17 años con antecedentes de mala respuesta a otros tratamientos. Con dosis medias de 9.5 mg/kg/día se produjo una disminución estadísticamente significativa de la ICG y

efectos adversos en un paciente (diarrea que remitió en 2 semanas). Dada la mala respuesta a otros tratamientos previos, este resultado puede considerarse esperanzador.

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

La **terapia conductual** no ha demostrado su eficacia, al depender de controladores externos, al igual que la medicación, por lo que no proporciona tareas de autorregulación de atención, motora y sociales apropiadas y sus efectos tienen una vida media corta.

El **entrenamiento cognitivo** se basa en la enseñanza al niño hiperactivo de estrategias más eficaces de autocontrol y resolución de problemas. No se ha demostrado aún su eficacia en estudios a largo plazo.

El **entrenamiento en habilidades sociales** generalmente se focaliza en el aprendizaje de respuestas adecuadas a las reglas de conducta, la auto-percepción adecuada y la práctica en distintas áreas, como el trabajo en equipo, la cooperación, el manejo de la crítica y la sensibilización ante las necesidades de los otros. Normalmente se utilizan refuerzos positivos en forma de autoevaluaciones positivas.

En cuanto a la **reeducación** se deben explorar las dificultades específicas del aprendizaje, enseñar organización y un estilo menos impulsivo e ineфicaz de resolución de problemas. Estas técnicas son más eficaces en pequeños grupos de niños.

El **entrenamiento de los padres** o la información puede ayudar disminuyendo la ansiedad de éstos ante las conductas de sus hijos.

La **terapia individual** resulta muy difícil de llevar a cabo. La terapia tradicional de juego psicoanalítico resulta imposible ya que no paran quietos, se aburren y no atienden. Una terapia de apoyo, en la que se ofrezca una persona adulta en la que confiar, que comprenda el trastorno y le

plantee la esperanza de poder cambiar, puede resultar muy útil.

Aunque no existen estudios sobre la terapia combinada, el sentido común indica que la combinación de tratamientos, con la mejoría en determinadas áreas, puede hacerse extensiva a las demás y mejorar el trastorno a largo plazo.

PRONÓSTICO

Se acepta mayoritariamente que es una enfermedad crónica

En la adolescencia se suele observar una mejoría del grado de inquietud psicomotriz, la impulsividad y el déficit de atención, pero suelen persistir problemas académicos y baja auto-estima y el 25% presentan un comportamiento antisocial.

En estudios de seguimiento prospectivos a largo plazo, se han dado cifras de 1/3 que tienen el síndrome completo a los 18 años, comportamiento disocial o trastornos de conducta en 25-50% y un nivel de educación inferior que los controles. Los niños hiperactivos tienen más riesgo de presentar psicopatología (más diagnósticos psiquiátricos, más intentos de suicidio, aislamiento social, baja auto-estima) que los controles, pero no más riesgo de un trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor o esquizofrenia.

Mayor incidencia de separaciones, carreras inacabadas, despidos laborales (Barkley, 1990).

El 30% tienen una remisión completa en la adolescencia (Gittelman, 1985).

El 30-50% de los niños con diagnóstico de TDAH continúan presentando síntomas en la edad adulta (Jackson, Faraugia, 1997).

Frecuentemente los adultos son diagnosticados retrospectivamente cuando reconocen sus propios síntomas de TDAH cuando eran niños.

efectos adversos en un paciente (diarrea que remitió en 2 semanas). Dada la mala respuesta a otros tratamientos previos, este resultado puede considerarse esperanzador.

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

La **terapia conductual** no ha demostrado su eficacia, al depender de controladores externos, al igual que la medicación, por lo que no proporciona tareas de autorregulación de atención, motora y sociales apropiadas y sus efectos tienen una vida media corta.

El **entrenamiento cognitivo** se basa en la enseñanza al niño hiperactivo de estrategias más eficaces de autocontrol y resolución de problemas. No se ha demostrado aún su eficacia en estudios a largo plazo.

El **entrenamiento en habilidades sociales** generalmente se focaliza en el aprendizaje de respuestas adecuadas a las reglas de conducta, la auto-percepción adecuada y la práctica en distintas áreas, como el trabajo en equipo, la cooperación, el manejo de la crítica y la sensibilización ante las necesidades de los otros. Normalmente se utilizan refuerzos positivos en forma de autoevaluaciones positivas.

En cuanto a la **reeducación** se deben explorar las dificultades específicas del aprendizaje, enseñar organización y un estilo menos impulsivo e ineficaz de resolución de problemas. Estas técnicas son más eficaces en pequeños grupos de niños.

El **entrenamiento de los padres** o la información puede ayudar disminuyendo la ansiedad de éstos ante las conductas de sus hijos.

La **terapia individual** resulta muy difícil de llevar a cabo. La terapia tradicional de juego psicoanalítico resulta imposible ya que no paran quietos, se aburren y no atienden. Una terapia de apoyo, en la que se ofrezca una persona adulta en la que confiar, que comprenda el trastorno y le

plantee la esperanza de poder cambiar, puede resultar útil.

Aunque no existen estudios sobre la terapia combinada, el sentido común indica que la combinación de tratamientos, con la mejoría en determinadas áreas, puede hacerse extensiva a las demás y mejorar el trastorno a largo plazo.

PRONÓSTICO

Se acepta mayoritariamente que es una enfermedad crónica

En la adolescencia se suele observar una mejoría del grado de inquietud psicomotriz, la impulsividad y el déficit de atención, pero suelen persistir problemas académicos y baja auto-estima y el 25% presentan un comportamiento antisocial.

En estudios de seguimiento prospectivos a largo plazo, se han dado cifras de 1/3 que tienen el síndrome completo a los 18 años, comportamiento disocial o trastornos de conducta en 25-50% y un nivel de educación inferior que los controles. Los niños hiperactivos tienen más riesgo de presentar psicopatología (más diagnósticos psiquiátricos, más intentos de suicidio, aislamiento social, baja auto-estima) que los controles, pero no más riesgo de un trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor o esquizofrenia.

Mayor incidencia de separaciones, carreras inacabadas, despidos laborales (Barkley, 1990).

El 30% tienen una remisión completa en la adolescencia (Gittelman, 1985).

El 30-50% de los niños con diagnóstico de TDAH continúan presentando síntomas en la edad adulta (Jackson, Farrugia, 1997).

Frecuentemente los adultos son diagnosticados retrospectivamente cuando reconocen sus propios síntomas de TDAH cuando eran niños.

- KAPLAN. Comprehensive textbook of Psychiatry, 7th edition; 2679-2691.
- SOUTULLO C. *Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Med Clin (Barc), 2003; 120 (6): 222-6.
- ARTIGAS-PALLARÉS. J.: «Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad». Rev. Neurol, 2004; 38 (Supl. 1), 117-23.
- MTA (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD). Jensen *et al.* J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001, 40: 147-58.
- KENT L. *Recent advances in the genetics of attention deficit hyperactivity disorder*. Curr Psychiatry Rep. 2004 Apr., 6 (2): 143-8.
- HILL, *et al.* «Magnetic Resonance Imaging correlates of ADHD in children». *Neuropsychology*, 2003, vol.17, n.º 3, 496-506.

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESPERI (12-18 AÑOS) PARA LA DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

ROSARIO MARTÍNEZ ARIAS

Proyecto Esperi. Fundación Internacional O'Belén
Catedrática. Universidad Complutense. Madrid

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento son el motivo más frecuente de consulta en los Servicios Infanto-Juvenil de Salud Mental. Su prevalencia es muy elevada como se ha puesto de relieve en recientes estudios epidemiológicos (Gosden *et al.*, 2003; Pineda *et al.*, 2003). Estos trastornos son factores de riesgo de futuras conductas problema en la juventud y vida adulta de los sujetos si no reciben tratamientos adecuados en momentos evolutivos clave (Cichetti y Cohen, 1995). Entre los problemas frecuentemente asociados se encuentran el consumo de sustancias (Abrantes *et al.*, 2003; Berkley *et al.*, 2003; Flory *et al.*, 2003; O'Neill *et al.*, 2003;), rendimiento académico (Du Paul *et al.*, 2004),abandono temprano de la escuela (Trementine *et al.*, 2001), así como el desarrollo de conductas antisociales y problemas con la ley (Edens *et al.*, 2001; Frick, 1998, 2002; Hart y Hare, 1997; Hume *et al.*, 1996; Myers *et al.*, 1995; Salekin *et al.*, 2001). Todo ello lleva a la necesidad de su detección temprana. Aunque existen algunos cuestionarios de «screening» en versiones para sujetos, padres y/o educadores, estos presentan

algunos problemas tales como la excesiva generalidad de los trastornos evaluados, lo que produce un tiempo de aplicación excesivamente largo, ser adaptaciones demasiado directas de versiones de adultos, no estar adaptados a la población española, escasa atención prestada a las propiedades psicométricas, ausencia de algunas dimensiones importantes para el diagnóstico, etc. Todo ello ha llevado a la necesidad de la elaboración de cuestionarios específicos para la detección del trastorno, en versiones de auto-informe para dos grupos de edades (8-11 años y 12-18) y hetero-informe (versiones para padres y educadores. El presente trabajo representa el estudio de validación del primero de los cuestionarios elaborados como versión auto-informe para adolescentes.

En España en el momento actual es muy bajo el porcentaje de niños y adolescentes con problemas del comportamiento que son evaluados en consultas de psicología o psiquiatría, por lo que es necesario la detección de casos problema en otros contextos. La escuela es el lugar idóneo para dicha detección en la población general. Por este motivo el cuestionario ESPERI se ha desarrollado para la detección en la escuela de los tres subtipos más destacados del trastorno del comportamiento: trastorno negativista-desafiante, trastorno disocial y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El contexto de la escuela es el lugar ideal para la prevención primaria de estos trastornos (Short y Tallley, 1997; Woodrich y Schmitt, 2003) y está en la línea con las recientes reconceptualizaciones de la Psicología Escolar (American Psychological Association, 1998; Hoagwood y Johnson, 2003), así como con las recomendaciones de la psiquiatría pediátrica (American Psychiatric Association, 1994).

MÉTODO

El diseño inicial del cuestionario comenzó con la matriz de especificaciones de los trastornos objetivo y sus conduc-

tas más relevantes, elaborada por expertos en psiquiatría infanto-juvenil. A partir de la matriz se redactó un conjunto de 90 elementos para las diferentes especificaciones.

Para la validación del cuestionario se procedió en primer lugar a un estudio piloto con adolescentes de 12-17 años matriculados en la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), en centros públicos y privados. A partir de los resultados de este estudio se llevó a cabo un análisis de los 90 elementos iniciales, encontrando que el número de factores se adecuaba a la matriz de especificaciones desarrollada por los expertos: Impulsividad, inatención, conducta disocial, conducta pre-disocial y Psicopatía. Los análisis de elementos y de la fiabilidad de las escalas permitieron una reducción del número de elementos a 48 elementos para la medida de los factores objetivos y diez más que evalúan aspectos de conducta positivos, que no se utilizan en la puntuación.

Sujetos

El número total de respondientes al cuestionario fue de $n = 1.206$ sujetos, de varias Comunidades Autónomas del Norte y Centro de España. Las edades de los sujetos oscilaron entre los 11 y 17 años, que representan la población objetivo del cuestionario. La edad media fue de 13,05, con una desviación típica de 1,42. Todos ellos se encontraban cursando Educación Secundaria Obligatoria. De ellos, 596 fueron mujeres (49,7%), 602 varones (50,3%) y ocho sujetos que no identificaron el sexo en el cuestionario. El número total de centros participantes fue de 8, de los que 6 fueron públicos y 2 privados.

Para el análisis de la sensibilidad y especificidad del cuestionario se utilizó un grupo de sujetos residentes en instituciones para jóvenes de la Fundación O'Belem, de los que se disponía además de diagnóstico, así como de datos del «Cuestionario del Educador».

Procedimiento

El cuestionario ESPERI, junto con el CBCL de Achenbach se aplicó de forma colectiva en las diferentes aulas. Los profesores de grupos seleccionados cumplimentaron un breve «checklist» sobre aspectos de conducta de los sujetos.

Excepto en este último grupo, se mantuvo el anonimato, permitiendo que los adolescentes establecieran un código personal, lo que permitió relacionar los resultados del ESPERI con el CBCL.

RESULTADOS

1. Propiedades psicométricas del cuestionario

En la determinación de las propiedades se siguió la normativa de los *Standards for Educational and Psychological Tests* (AERA, APA, NCME, 1999).

Para el análisis de la fiabilidad y de los elementos se tomó como referencia la Teoría Clásica de los Tests (Martínez Arias, 1995), evaluando la fiabilidad como consistencia interna por medio del coeficiente alpha y utilizando en el análisis de elementos media y varianza de los mismos y los índices de discriminación. Como evidencias de validez se utilizaron dos aproximaciones, la evidencia de estructura interna, por medio de procedimientos de análisis factorial exploratorio y relaciones con dos factores del CBCL, muy utilizados internacionalmente para el diagnóstico de los problemas objetivo.

Estructura interna y dimensiones del cuestionario.

Las correlaciones entre las diversas respuestas a los ítems fueron sometidas a un análisis factorial para establecer

las dimensiones. Previamente se estableció que el procedimiento era adecuado, ya que el índice de Kaiser-Meyer-Olkin, alcanzó un valor muy alto, próximo a 1 (.931), encontrándose además que la matriz de correlaciones fue estadísticamente significativa. El procedimiento seguido para la obtención de los factores fue el método de los *Componentes Principales*, seguido de una rotación oblicua (PROMAX), dada la esperable correlación entre los factores, encontrada en la literatura. Un análisis de segundo orden de la matriz de correlaciones pone de relieve la presencia de dos amplios factores.

Estos dos factores a su vez, mostraron una importante correlación (.50), lo que permite sumar sus puntuaciones y obtener una única puntuación total para el diagnóstico, cuando sea necesario.

El conjunto de los cinco factores explicó el 43% de la varianza total, valor que es aceptable cuando se trata de análisis factorial de ítems. En la determinación de los elementos de cada factor se consideró la regla habitual de saturaciones mínimas 0.35-0.40 como los niveles mínimos para considerar que un elemento es un indicador del factor (Stevens, 2002). En algunos casos y en aras de mantener la validez de contenido, se ha mantenido algún ítem como una saturación algo inferior.

La solución de cinco factores reflejaba bien las especificaciones previas determinadas por los expertos en la fase inicial, por lo que los resultados puede considerarse que muestran evidencias de validez de contenido. Los cinco factores fueron similares a los del estudio piloto y recibieron las siguientes denominaciones:

- Trastorno disocial (14 elementos).
- Trastorno Pre-Disocial (6 elementos).
- Psicopatía (9 elementos).
- Impulsividad(12 elementos).
- Hiperactividad-Inatención (5 elementos).

Las correlaciones entre los factores fueron relativamente elevadas, con un rango de .431 a .627, lo que aconsejó una solución de segundo orden en la que se extrajeron los dos grandes bloques del trastorno: Trastorno disocial y Déficit de Atención e Hiperactividad. Estos dos factores facilitan la interpretación de las puntuaciones. La correlación entre ambos fue de .50. El primero de los factores

agrupó los factores de primer orden disocial, predisocial y psicopatía, agrupándose en el segundo los dos factores de Impulsividad-Inatención. La elevada correlación entre los factores permite además obtener una puntuación total.

Relaciones con otras variables

Para examinar las relaciones con otras variables, fue aplicado el cuestionario CBCL (Children Behavior Checklist) a una muestra de $n = 420$ sujetos, en combinación con el cuestionario Esperi. Para la validez convergente se espera que los factores de Disocial, Predisocial y Psicopatía muestren correlaciones elevadas con las escalas de Conducta Delincuente y en menor medida con Agresividad. Los dos factores relacionados con Impulsividad-Hiperactividad, deben mostrar correlaciones altas con la escala de Problemas de Atención.

En cuanto a la validez discriminante, es esperable que los factores muestren correlaciones más bajas con las restantes escalas del CBCL.

En general, los valores de las correlaciones coinciden con los hipotetizados:

- Los factores disocial, predisocial y psicopatía muestran altas correlaciones con conducta delincuente y agresividad.
- Los factores de Impulsividad e Hiperactividad muestran altas correlaciones con problemas de atención

- También son destacables las elevadas correlaciones de impulsividad e hiperactividad con conducta delincuente y agresividad.
- Las restantes correlaciones son menores, tal como se esperaba.

Con los factores de segundo orden también se encontraron elevadas correlaciones en el sentido esperado.

Como otra evidencia de validez, para algunos grupos seleccionados, se obtuvieron las correlaciones con la valoración de los profesores. Estas fueron en general bajas, pero significativas estadísticamente, en el sentido esperado y mayores que las obtenidas con los correspondientes factores del CBCL.

La fiabilidad de los factores y de las puntuaciones totales.

En la tabla I se presentan valores para los cinco factores de primer orden, los dos de segundo orden y la puntuación total.

TABLA I
Resumen de coeficientes de fiabilidad y análisis de elementos

Escala	Número de ítems	Coef. de fiabilidad	IC 95%	Mediana Índices Discrim.	Correl. media ítems	Error típico de medida
Disocial	13	0,87	.85-.88	0,53	0,34	2,40
Impulsividad	12	0,82	.80-.83	0,47	0,27	3,15
Predisocial	9	0,85	.84-.87	0,62	0,39	2,20
Psicopatía	9	0,71	.69-.74	0,39	0,22	2,85
Hiperatividad	5	0,78	.75-.80	0,54	0,41	2,04
Factor 1	31	0,91	.91-.92	0,51	0,27	4,49
Factor 2	17	0,87	.86-.88	0,53	0,28	3,85
P TOTAL	48	0,93	.93-.94	0,58	0,24	6,17

Como puede observarse en la tabla los coeficientes de fiabilidad son muy elevados, tanto para los factores simples como para los compuestos. Únicamente resulta algo más bajo el coeficiente del factor de Psicopatía, no obstante se encuentra dentro de los límites aceptados por convención.

La elevada consistencia mostrada tanto en los factores de segundo orden, como en la puntuación total, permite utilizar estas puntuaciones compuestas en el diagnóstico.

Los valores de los índices de discriminación de los ítems son en general muy elevados, superando en todos los casos el límite convencional de 0.30. En la tabla se presenta un resumen, que es la mediana de los índices de discriminación del conjunto de los ítems que componen cada factor. Puede observarse que es de nuevo el factor de Psicopatía el que muestra propiedades menos óptimas también en este sentido.

Relaciones con otras variables

En los trabajos publicados sobre el Trastorno se encuentran con frecuencia diferencias relacionadas con el género de los sujetos y la edad, especialmente en el caso del género con el componente disocial del trastorno. También son esperables diferencias relacionadas con la edad, ya que en general obtienen muestran más características los sujetos mayores.

Los contrastes *t de Student* pusieron de relieve diferencias estadísticamente significativas en el factor 1 de segundo orden en los tres factores que lo componen: Disocial, predisocial y psicopatía (siempre superiores los varones). Dado el peso que este factor tiene en la puntuación total, también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total. No se encontraron diferencias en los factores relacionados con Hiperactividad-Impulsividad, ni en el factor 2 que agrupa estos factores.

Está ampliamente mostrado en la Psicopatología del Desarrollo que la manifestación de las conductas objeto de

este estudio varían con la edad de los sujetos. Para examinar las posibles diferencias se dividió la edad en tres grupos:

- Edad 1: 11-12
- Edad 2: 13-14
- Edad 3: 15-17

Por medio de un análisis de varianza se examinaron las diferencias entre los tres grupos de edad. Posteriormente, en las puntuaciones en las que se mostraron diferencias estadísticamente significativas se analizaron las diferencias entre los tres grupos con los contrastes de Bonferroni (en el caso de igualdad de varianzas) y de Games-Howell (en el caso de varianzas desiguales entre los grupos). Los contrastes previos se realizaron con el F de Snedecor convencional en el caso de igualdad de varianzas entre los grupos y el de Brown-Forsythe, en el caso de varianzas desiguales.

Los estadísticos globales (F en unos casos y Brown-Forsythe, en otros) mostraron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la edad en las ocho puntuaciones, con nivel de significación .001.

En los contrastes a posteriori (Bonferroni o Games-Howell, según los casos) se encontraron las siguientes diferencias (.01), que se resumen a continuación:

- Disocial: Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad
- Impulsividad: Se encontraron diferencias significativas entre los sujetos de 15-16 y los de 11 y 12, puntuando más alto los mayores
- Predisocial: Los dos grupos de mayor edad superan a los menores, no encontrándose diferencias entre los dos primeros
- Psicopatía: Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad

- Hiperactividad: Los dos grupos de mayor edad superan a los menores, no encontrándose diferencias entre los dos primeros
- Factor 1 (Disocial): Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad
- Factor 2 (Hiperactividad-Impulsividad): Los dos grupos de mayor edad superan a los menores, no encontrándose diferencias entre los dos primeros
- Puntuación total: Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad.

Los resultados ponen de relieve que la edad es una variable importante que se deberá tener en cuenta a la hora de valorar las puntuaciones.

A modo de resumen se presentan los resultados de los factores de segundo orden en la figura 1(a y b) por medio de diagramas error.

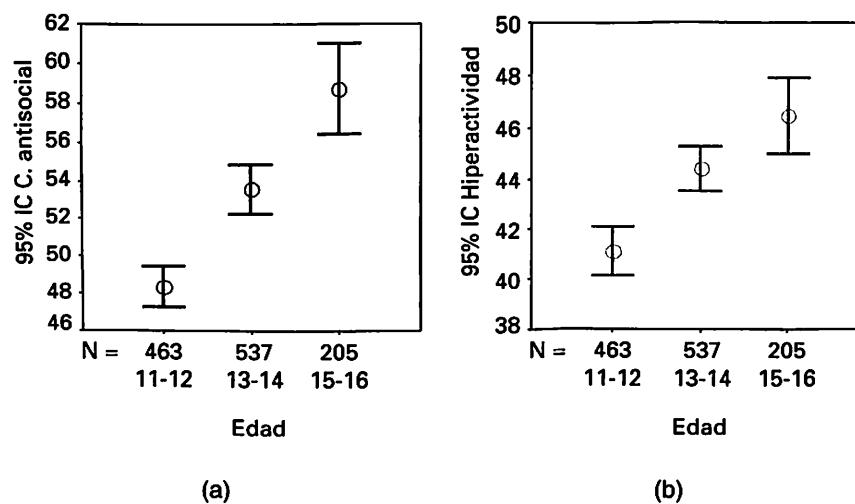


Figura 1. Diagramas de Error en los factores de 2º orden

También se llevó a cabo un análisis de varianza factorial, considerando como factores la edad y el género de los sujetos, con objeto de examinar las posibles interacciones.

Dado el tamaño de la muestra se consideraron únicamente las significaciones estadísticas con p -valor menor que .01. No obstante, ninguno de los efectos de interacción resultó estadísticamente significativo, lo que pone de relieve que las diferencias entre las edades son comunes o se mantienen independientemente del género de los sujetos.

Aunque no se formularon hipótesis relacionadas con diferencias según el tipo de centro, se analizaron las diferencias en las ocho puntuaciones con contrastes *t de Student*.

Se encontraron algunas diferencias estadísticamente significativas, aunque varía el signo de las mismas. Los sujetos de los centros públicos muestran puntuaciones superiores en Conducta Disocial y en el factor 1, en el que esta conducta es muy importante. Por el contrario, los sujetos de los centros privados muestran puntuaciones superiores en Impulsividad y en el factor 2. No existen diferencias en las restantes puntuaciones ni en la puntuación total, en la que se compensan los factores 1 y 2.

3. Tipologías de los adolescentes por medio de los factores del Cuestionario Esperi.

En un intento de poder establecer niveles de gravedad del trastorno y pautas de atención a los sujetos, se llevó a cabo una clasificación por medio del *Análisis de Conglomerados de K-medias*. De las diversas soluciones analizadas, la más adecuada para la finalidad pretendida fue la que produjo cuatro grupos de sujetos. Las tipologías fueron formadas con las cinco puntuaciones en los factores de primer orden.

Todas las variables diferencian significativamente (.001) entre los grupos e intervienen en la formación de los tipos.

El número de casos en cada uno de los tipos formados, con la muestra total de $n = 1206$ sujetos, es el siguiente:

- Tipo 1: 538
- Tipo 2: 49
- Tipo 3: 440
- Tipo 4: 179

En la figura 2 se representan por medio de un diagrama de líneas los perfiles correspondientes a los 4 tipos.

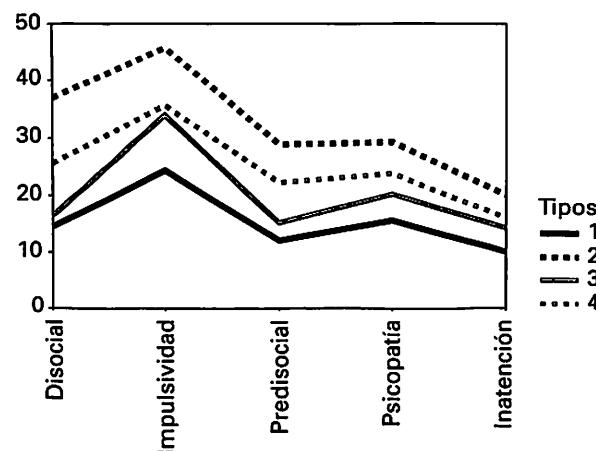


Figura 2. Perfiles de los cuatro tipos en los factores del C. Esperi

Un examen de los perfiles, pone de relieve que los tipos permiten clasificar a los sujetos por *niveles de severidad* o gravedad en el trastorno objeto del estudio. Puede observarse que el tipo 2 representa a los casos graves, el tipo 1, el más numeroso, a los «sujetos normales». El tipo 4, formado por 179 sujetos, está formado por los sujetos que se pueden considerar moderados o «en riesgo», y finalmente, el tipo 3, representa a sujetos leves, cuyo principal problema se encuentra relacionado con la *impulsividad*, pero que no destaca en el componente disocial del trastorno. Son los sujetos de los tipos 2 y 4 los que requieren atención, especialmente los primeros.

También se obtuvieron tipologías en los tres grupos de edad considerados, repitiéndose los cuatro niveles en cada

uno de los grupos de edad, variando simplemente las puntuaciones medias de los conglomerados, dado que como ya se había señalado, las puntuaciones medias varían con la edad.

4. Normas de corrección, puntuación e interpretación

De los 58 elementos del cuestionario, solamente 48 intervienen en la obtención de las puntuaciones, ya que los 10 restantes son preguntas con contenidos positivos introducidas en el protocolo para evitar posibles tendencias de respuesta. A partir de los 48 ítems pueden obtenerse puntuaciones en cada uno de los cinco factores de primer orden, en los dos de segundo orden y en la puntuación total. Se recomienda obtener puntuaciones en los factores de segundo orden y una puntuación total, aunque en algunos casos el usuario del cuestionario puede estar interesado también en obtener puntuaciones en alguno de los factores primarios.

Puesto que se trata de un cuestionario de «screening» se recomienda obtener tres puntuaciones: Factor 1, Factor 2 y Puntuación total. Si se desea una información más detallada de los sujetos, pueden calcularse las puntuaciones en los cinco factores de primer orden.

Para la interpretación de las puntuaciones pueden consultarse las tablas de rangos percentiles elaboradas para los factores primarios, los de segundo orden y la puntuación total. Con estas últimas puntuaciones también se presentan rangos de puntuaciones que permiten clasificar a los sujetos en niveles de severidad: *normales, leves, moderados y severos*. Estas normas fueron establecidas por medio de las tipologías explicadas en el apartado anterior, según reglas justificadas en el Manual del Test. Tanto los rangos percentiles, como las reglas de clasificación por niveles de severidad fueron obtenidos para los tres grupos de edad.

CONCLUSIONES

Los resultados presentados en este estudio avalan la calidad psicométrica de la versión del cuestionario para las edades de 12 a 17 años. Los factores encontrados reflejan las principales dimensiones de la literatura sobre los trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Únicamente falla en la detección del trastorno negativista-desafiante, posiblemente porque en este nivel de edad no se trata de un comportamiento típico, apareciendo enmascarado dentro de otros factores. Esperamos encontrar este trastorno en la versión para niños de 8-11 años, actualmente en elaboración.

Los resultados avalan la posibilidad de diferenciar los otros dos grandes trastornos, Inatención-Impulsividad y Disocial, así como la importante relación existente entre ellos, también encontrada en otros estudios (Van Lier et al, 2003).

El cuestionario permite además la clasificación de los sujetos en diferentes grupos de severidad, así como de trastorno predominante, aspectos esenciales para la derivación de los adolescentes y el establecimiento de adecuadas pautas de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

ABRANTES, A.-M.; BROWN, S.A., & TOMLINSON, K. L. (2003): «Psychiatric comorbidity among inpatient substance abusing adolescents». *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 13, 83-101.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: Author.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, Division 16 (1998). Specialty of school psychology recognized. *School Psychologist*, 52, 108-109.

- BERKLEY, R.A.; FISCHER, M.; SMALLSH, L. & FLETCHER,K. (2004): «Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use». *Journal of Child Psychology and Psychiatric and Allied Disciplines*, 45, 195-211
- CICCHETTI, D., & COHEN, D. J. (1995): «Perspectives on developmental psychopathology». En D. CICCHETTI & D. J. COHEN (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 3-16). New York: Wiley.
- DU PAUL, G.J.; VOLPE, R.J.; JITENDRA, A. K.; LUTZ, J.G.; LORAH, K. S., & GRUBER, R. (2004): «Elementary school students with AD/HD: predictors of academic achievement». *Journal of School Psychology*, 42, 285-301.
- EDENS, J.; SKEEM, J. L.; CRUISE, K. R., & CAUFFMAN, E. (2001): «Assessment of juvenile psychopathy and its association with violence: A critical review». *Behavioral Sciences and the law*, 19, 53-80.
- FLORY, K.; MILIAN, R.; LYNAM, D.R.; LENKEFELD, C., & CLAYTON, R. (2003): «Relation between childhood disruptive behaviour disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood». *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 151-156.
- FRICK, P. J. (1998): *Conduct disorders and severe antisocial behaviour*. New York: Plenum Press.
- FRICK, P. J. (2002): «Juvenile psychopathy from a developmental perspective: Implications for construct development and use in forensic assessments». *Law and Human Behavior*, 26, 247-253
- GOSDEN, N.P.; KRAMP, P.; GABRIELSEN, G., & SESTOFF, D. (2003): «Prevalence of mental disorders among 15-17 year-old male adolescents and prisoners in Denmark». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 102-110.
- HART, S. D., & HARE, R. D. (1997): «Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct». En D.M. STOFF, J. BRIELING & J. MASER (Eds.), *Handbook of antisocial behaviour* (pp.22-35). New York: Wiley.
- HOAGWOOD, K., & JOHNSON, J. (2003): «School psychology: a

- public health framework I. From evidence-based practices to evidence-based policies». *Journal of School Psychology*, 41, 3-21.
- HUME, M. P.; KENNEDY, W. A.; PATRICK, C. J., & Partyka, D.J. (1996). «Examination of the MMPI-A for the assessment of psychopathy in incarcerated adolescent male offenders». *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 224-233.
- LONEY, B. R.; FRICK, P. J.; CLEMENTS, C. B.; ELLIS, M. L., & KERLIN, K. (2003). «Callous-unemotional traits, impulsivity, and emotional processing in adolescents with antisocial behaviour problems». *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 66-80.
- MARTÍNEZ ARIAS, R. (1995): *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- MYERS, W. C.: BURKET, R. C.; HARRIS, H. E. (1995): «Adolescent psychopathy in relation to delinquent behaviours, conduct disorder, and personality disorders». *Journal of the Forensic Sciences*, 40, 435-439.
- O'NEILL, M. L.; LIDZ, V., & HEILBRUN, K. (2003): Adolescents with psychopathic characteristics in a substance abusing cohort: Treatment process and outcomes. *Law and Human Behavior*, 27, 299-313.
- PINEDA, D. A.; LOPERA, F.; PALACIO, J. D.; RAMÍREZ, D., & HENAO, G. C. (2003); «Prevalence estimations of attention deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample». *International Journal of Neurosciences*, 113, 49-71.
- SALEKIN, R.T.; ROGERS, R., & MACHIN, D. (2001): «Psychopathy in youth: Pursuing diagnostic clarity». *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 173-195.
- SHORT, R. J.; & TALLEY, R. C. (1997): Rethinking psychology and the schools: implications of recent national policy. *American Psychologist*, 52, 234-240.
- STEVENS, J. (2002): *Applied Multivariate Statistics*. 4th. Ed. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- TREMENTINE, S.; MARTINS, S.; MICHELOWSKI, M.; KETZER, C. R.; EIZINK, M.; BIEDERMAN, J., & RHODE, L. A. (2001): «School drop-out and conduct disorder in Brazilian elementary school students». *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 941-947.
- VAN LIER, P. A. C.; VERHULST, F. C.; VAN DER ENDE, J., & CRIJNEN, A. A. M. (2003): «Classes of disruptive behaviour in a sample of young elementary school children». *Journal of Child Psychology and Psychiatric and Allied Disciplines*, 44, 377-387.
- WOODRICH, D. L., & SCHMITT, A. J. (2003): Pediatric topics in the school psychology literature: publications since 1981. *Journal of School Psychology*, 41 (2003) 131-141.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

CRISTINA SILVOSO BASABE

Psicóloga
Directora Técnica Proyecto Esperí
Fundación Internacional O'Belén

¿QUÉ IMPLICA LA EVALUACIÓN DE UN NIÑO Y LA FORMULACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO?

A la hora de acordar un diagnóstico, los distintos profesionales que trabajamos con niñas, sabemos de la dificultad de «etiquetar» a quien aún está en tiempo de crecer y cambiar. Dado que poner un nombre es, parafraseando a Leopoldo Marechal «recibir un destino», no solemos proponer diagnósticos cerrados, en la confianza, de que aún es posible facilitarle a este niño los elementos para que potencie lo mejor de si y compense aquello que hoy vemos como «trastorno - enfermedad - síndrome - cuadro». Al decir de Maud Mannoni:

... Lo importante para quien recibe el nombre de enfermo mental es que la etiqueta de 'trastorno del comportamiento' no se le pegue a la piel para siempre y que pueda encontrar su identidad en un tejido social dado ...

Además, particularmente en el área de los trastornos del comportamiento, convergen distintas especialidades que

aportan cada una su particular mirada del problema. Cada «experto» aporta su propio marco teórico desde donde interpreta la conducta del niño.

Pediatras, psiquiatras, psicólogas, psicopedagogas, maestras, trabajadoras y educadores/as sociales, sociólogas, antropólogas,...incluso, según la escuela donde hallan estudiado, tienen distintas lecturas a la hora de interpretar cada «*historia clínica*». No nos referiremos entonces a «casos» sino a personas. No nos denominaremos hoy «especialistas» sino profesionales. Buscamos consolidar así una comunicación básicamente humana: de persona a persona.

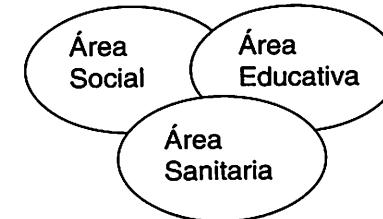
Sumaremos incluso al análisis nuestro propio posicionamiento, que descarta la posibilidad de la «subjetividad», de la instrumentalidad rigurosa, de la asepsia personal, porque sabemos por experiencia que siempre la relación terapéutica es de sujeto a sujeto y que sólo los objetos, pueden ser objetivos...» *la alteridad del otro permanece reabsorvida en nuestra identidad y la refuerza todavía más; la hace posible, más arrogante, más segura y más satisfecha de sí misma. A partir de este punto de vista, el loco confirma y refuerza nuestra razón; el niño, nuestra madurez; el salvaje, nuestra civilización; el marginal, nuestra integración; el extranjero, nuestro país y el deficiente, nuestra normalidad.* (Larrosa y Pérez de Lara en *Imagenes do outro*. 1998)

Ahora bien, a la hora de compartir información y entendernos, necesitamos buscar cierta terminología común que nos ayude a «comprender» mejor el problema e intercambiar experiencias. En este sentido el DSM IV, nos ha aportado una denominación orientativa que utilizamos en la estructuración del diagnóstico.

A modo de síntesis, y entendiendo que una de las dificultades de la conceptualización del problema es su multicausalidad, destacaremos las distintas áreas de conocimiento en las que se organizan los tres factores fundamentales que operan en la constitución de este tipo de trastornos:

1. Factores socio históricos y culturales
2. Factores intrafamiliares
3. Factores biológicos.

Que se organizan en 3 áreas de intervención complementarias:



A fin de poder establecer un diagnóstico de la situación actual de los TC, elaboramos una técnica de cribaje o *screening* que detecta áreas vulnerables en lo que se refiere a los TC en niños y adolescentes. Se trata de un cuestionario de autoadministración para niños de 8 a 11 años y para adolescentes de entre 12 y 17 años. Los resultados, los hemos agrupado en 5 factores de primer orden:

- Impulsividad.
- H/A-D/A.
- Predisocial.
- Disocial.
- Psicopatía.

A su vez los perfiles los hemos graduado como:
LEVES - MODERADOS - SEVEROS

¿CÓMO PONERNOS DE ACUERDO EN LA TERMINOLOGÍA, CÓMO CONFIAR EN QUE VAMOS A HABLAR DE LA MISMO, CÓMO PENSAR EN INTERVENCIONES POSIBLES CONJUNTAS, CÓMO HACER REALIDAD EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR?

El desafío ahora es poder sumar —y no juxtaponer— las experiencias de tratamiento y abordaje que nos son eficaces

dentro de cada disciplina. Consultamos con profesionales e investigamos las posibilidades de intervención terapéutica desde distintos marcos teóricos y escuelas académicas: Sistémica; Estructuralista; Familiar Multisistémica; Cognitivo-Conductual; Constructivista; Existencialista; Logoterapia; Psicodinámica; Psicoanalítica; etc.

Comprobamos con satisfacción que efectivamente lo largo de la historia hay cantidad de autores, que han sumando sus ideas en la construcción de un mejor abordaje de la problemática de los trastornos de conducta; no obstante los resultados obtenidos desde los distintos tipos de intervención, no están a la fecha, suficientemente contrastados.

Nosotros intentamos, en primer lugar, no perder de vista el sentido común y desestimar toda posibilidad de intervención «mágica». Entendemos que, un trabajo de investigación, se define, por el carácter fragmentario y provisional de aquello que se inicia y se va retrabajando; sobre lo que se duda, se revisa y se interroga en forma constante, en la dialéctica del diálogo entre teoría y práctica.

La vida misma, nos propone constantemente movimiento; el mundo gira y la rigidez conlleva a la fractura. Vivir es adaptarse, cambiar. No apostamos a la homogenización, sino a la diferencia. Al reconocimiento de la originalidad de lo «vivo» en contrapartida a la inmovilidad que es la muerte.

Intentar pensar será entonces, buscar formas de sostener la vida. Intentar reflexionar sobre el tratamiento y abordaje de los problemas de comportamiento de los niños es también buscar las diferencias, lo distinto que hay en cada uno y adaptarnos e interpretar la originalidad que ocultan.

Los modos de existencia actuales hacen estallar cualquier categoría ordenadora. Parafraseando a Humberto Eco, nos quedaron los nombres «niño, adolescente, adulto», sin la cosa que nombran; sin saber exactamente a lo que nos referimos; sin poder delimitar con claridad el paso de un estadio a otro; y con la confusión propia de no poder definir la especificidad de cada término en cada época y cultura.

Particularmente en la juventud, las nuevas generaciones, cuestionan lo dado, embanderando la posibilidad de cambio. Se trata de una etapa de la vida muy caótica, donde en expresiones tales como el arte, la política y la ciencia, aparecen los jóvenes incorporando elementos revolucionarios, como rito social que se repite de generación en generación.

De hecho en 1610 William Shakespeare ya expresaba en «Un cuento de invierno» el sentir del joven: «...*Desearía que no hubiese edad intermedia entre los 16 y los 23 años, o que la juventud durmiera hasta hartarse, porque nada hay entre esas edades como no sea dejar embarazadas a las chicas, agraviar a los ancianos, robar y pelear.*»

Efectivamente más allá de las connotaciones particulares que se le han atribuido a la juventud en cada época y en cada grupo social, siempre ha sido y es identificado este período de la vida, como aquel de la desmedida, la trasgresión, la rebeldía. Los jóvenes, por definición, vienen a cuestionar lo instaurado, lo institucionalizado, lo definía claramente Arminda Aberasturi como el «síndrome normal de la adolescencia».

¿CUÁL ES EL LÍMITE, LA MEDIDA, EL PARÁMETRO ENTENDIDO COMO ACEPTABLE?

En relación a los trastornos de comportamiento diremos, una vez más, que aquello que está en pugna es la adaptación de un niño/adolescente a su entorno más directo. El conflicto está planteado con la ley, la norma, lo establecido, los límites o la autoridad. El conflicto existe porque las reglas comunes se cuestionan, lo dado se desconoce y esto genera un choque entre los intereses particulares y aquellos que son comunes, diferencia que se resuelve a través de la trasgresión.

Esta lucha de fuerzas entre lo propio y lo grupal va socavando una herida, que suele producir confusión y dolor

en los adultos que actúan como referentes. Por eso es importante no perder el «norte» y entender estos procesos como parte del desarrollo evolutivo y distinguirlos de los procesos patológicos.

Aun así volvemos a preguntarnos, ¿Por qué un profesor entiende cierta contestación del alumno como expresión de un problema y lo deriva al departamento psicopedagógico, mientras que otro lo califica de mal educado y otro más, felicitá al adolescente por ser tan ocurrente?

La «regla» como unidad de medida para medir distancias, o como instrumento que sirve para trazar líneas rectas (para que no salgan «torcidas»), hace referencia también a lo que se debe obedecer o seguir por estar así establecido y convenido por un determinado grupo (reglas del colegio), es además la Ley o norma, es el conjunto de instrucciones que indican cómo hacer algo o cómo comportarse (las reglas de un juego), es el orden y concierto invariable que guardan las cosas naturales y por el que se desarrollan de un determinado modo, son los principios básicos de algo. Las reglas son un modo común de organización, que en principio deben ser:

- a) Acordadas, consensuadas, o como mínimo conocidas por todos los miembros. Enunciadas y anticipadas —nunca retroactivas— para garantizar su cumplimiento, (no se puede jugar sin conocer las reglas).
- b) Deben permanecer durante el tiempo acordado o hasta su revisión.
- c) En la medida de lo posible han de registrarse por escrito (simbólicamente, como se inscribieron en la historia las tablas de la ley).
- d) Es importante garantizar su cumplimiento por TODOS y aplicar las penalizaciones de forma inmediata (tampoco estas son eficaces fuera de tiempo).
- e) Existe un margen de maniobra para que las normas puedan ser «adaptadas» u otorgar ciertas licencias se-

gún el contexto (la excepción hace la regla). «*Todavía nos falta en la regla una licencia que, aunque no cupiese en la regla, pudiera ser ordenada en ella y pudiese permanecer sin crear mucha confusión ni estropear el orden*». Giorgio Vasari «*Vida de pintores, escultores y arquitectos ilustres*». Ed. El Ateneo, Bs. As. 1945.

A fin de ser más didácticos en la distinción de las conductas observables esperables en la adolescencia, de aquellas que estarían más directamente asociadas (por su aparición temprana, su recurrencia o su implicación) con cuadros psicopatológicos más severos, las hemos estructurado de la siguiente manera:

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1. Desobediencia | 6. Impulsividad |
| 2. Agresión | 7. Manipulación |
| 3. Violencia | 8. Conductas delictivas |
| 4. Hiperactividad | 9. Intimidación |
| 5. Déficit de atención | 10. psicopatías |

La agresividad, por ejemplo es una conducta inherente a la naturaleza del hombre y a la hora de aprender a defenderte, es un mecanismo de defensa natural a la especie humana. La guerra y la violencia es uno de los métodos predilectos para dominar e imponerse un grupo humano sobre otro. La intolerancia y la incapacidad para el diálogo son las marcas del siglo XXI y parte de los mensajes que se venden y compran cada día por TV.

El punto es: ¿en qué medida esta conducta es esperable, saludable, medicable, adaptada, desadaptada, normal, patológica, heredada, aprendida, etc.?

La pregunta nos remite a los conceptos de salud y enfermedad ampliamente tratados en la historia de la psicología: ¿qué diferencia una alucinación de un pensamiento místico o una expresión artística? La respuesta primera la

encontramos en la apreciación del contexto, del todo y no de la parte.

En este sentido, consideramos imprescindible, el establecer, por parte del profesional interviniente, el correspondiente diagnóstico diferencial, para distinguir con exactitud por ejemplo :

Hiperkinésia / Hipermotilidad / Hiperactividad /
Pasionalidad / Desajustes psicosociales / Impulsividad /
Trastornos ansiosos / TDAH / Trastorno Oposicionista
Desafiante/ TC/

CÓMO INTERVENIR ENTONCES, CUANDO OBSERVAMOS QUE HAY INDICIOS SUFICIENTES DE QUE «ALGO NO ESTÁ BIEN», EN EL DESARROLLO DE ESTE NIÑO/ADOLESCENTE?

En el ámbito de la salud «mental», si ante los primeros síntomas de desajuste nos hacemos los distraídos apelando a argumentos tales como: «es pequeño, ya se le pasará, es la primera vez que lo hace, no tiene mala intención, es que ha sufrido mucho, está celoso, etc., las posibilidades de prevenir problemas mayores se reducirán significativamente.

Prevenir los trastornos de comportamiento es como querer ponerle «puertas al campo». Dada la gran cantidad de factores etiopatogénicos que influyen en la aparición de un trastorno y, ante la inexistencia de una única teoría que explique por sí misma la génesis de la enfermedad, la prevención se vuelve una tarea muy compleja.

El plantearnos trabajar en prevención, pasaría por identificar los factores de vulnerabilidad y hacer una serie de cambios de tendencia de clara orientación psicopedagógica como:

- Recuperación de valores éticos,
- Potenciación de figuras de autoridad (que no autoritarias).

- Facilitar el aumento del contacto y la comunicación social,
- Disminuir las actitudes de sobreprotección del niño,
- Favorecer en el adolescente mayor autonomía y responsabilidad
- Estimular la mejora de la capacidad de frustración,
- Movilizar el aumento de la autocritica y disminución de la autocomplacencia.

La urgencia de contar con un tratamiento conveniente y multidisciplinar es la única vía para evitar que, en el futuro, estos niños se conviertan en adultos con importantes trastornos de personalidad, engrosando las estadísticas y las tasas de incidencia.

Respecto al aumento de los trastornos de comportamiento, la presencia en los recursos de salud mental infanto-juvenil, de una gran cantidad de padres desbordados ante los graves trastornos de conducta de sus hijos adolescentes, (cada vez más niños), es contundente. Muchos, al verse ampliamente superados por la situación y por una falta casi absoluta, o por lo menos escasamente operativa, de soluciones optan por «dimitir» de su paternidad.

Por otra parte existe una relación ampliamente constatada en la literatura científica entre conducta antisocial e incompetencia parental; esta observación, sostiene la hipótesis de que la modificación de las estrategias educativas de los padres, unida a la mejora de la competencia social conjunta de los jóvenes antisociales, reduciría cuantitativamente el riesgo de reincidencia en aquellos adolescentes que presentan comportamientos antisociales como producto de los desajustes en el funcionamiento del sistema familiar.

Entendemos así, que la primera herramienta de trabajo somos nosotros mismos, es el mismo adulto, que ha de estar «entero» para poder contener el desborde que supone atender a un niño con TC.

Revisar nuestros propios fantasmas, miedos, inseguridades, conceptos y preconceptos, antes de señalar a un niño con «problemas»: *«La diferencia entre una persona normal y una estigmatizada es una cuestión de perspectiva: el estigma, así como la belleza, está en los ojos del que observa»* E. Goffman.

¿CUÁLES ESTRATEGIAS DE ABORDAJE —HERRAMIENTAS— SE MUESTRAN MÁS EFICACES A LA HORA DE INTERVENIR CON NIÑAS/ADOLESCENTES CON TC?

Un mismo problema psicológico puede ser tratado, más o menos exitosamente, con diferentes alternativas de tratamiento, y aparentemente la elección de la alternativa va a depender más de la historia de aprendizaje del terapeuta que la aplica, que de lo que establecen los estudios científicos al respecto.

En la última década en Estados Unidos los servicios de salud mental, han estado solicitando criterios para seleccionar tratamientos psicológicos eficaces. Este anhelo coincide con una corriente general de la investigación en psicoterapia, los grandes estudios de los 80 habían dejado bien establecido que la psicoterapia es más eficaz que la no psicoterapia o los tratamientos placebo (APA, 1982; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Smith, Glass y Miller, 1980). Las nuevas preguntas que los investigadores se hacen sobre la psicoterapia son: qué tratamientos, llevados a cabo por quién, son más efectivos para un individuo concreto, con un problema específico que está en unas determinadas circunstancias.

Nacen así los *Tratamientos Empíricamente Validados* (TEV) y con ellos una etiqueta, un nombre que, como todos, empieza a construir una realidad. Ha llegado el momento de decidir sobre criterios, de imponer la ética a la estética y elegir aquellos tratamientos que demuestren ser más eficaces, en el menor tiempo y con el menor coste posible.

Según Lamber (1992), son efectivamente las variables relacionadas con el paciente las que explican hasta un **40%** de la mejoría experimentada en psicoterapia (Lambert y Anderson, 1996; Lambert y Asay, 1984). La relación terapéutica y las variables más contextuales explicarían otro **30%** de la varianza de los resultados; otro **15%** de la varianza del cambio tiene que ver con las expectativas que se generan en torno al tratamiento y, el **15% restante** sí se atribuiría directamente a la técnica utilizada (Hubble, Duncan y Miller, 1999). La conclusión a extraer de los datos parece obvia: la técnica, al menos como variable aislada, no parece ser el elemento esencial del proceso terapéutico. El héroe de este proceso, como dicen Duncan y Miller (2000), es el paciente; mientras que los aspectos que parecen depender más de los terapeutas son: su habilidad para establecer una buena relación terapéutica, su capacidad para generar expectativas de cambio y, también, su acierto al elegir una buena técnica e implementarla de forma competente. Nuestra idea es, además, que todos estos aspectos tienen efecto sumatorio.

De la misma manera que en una academia de conducir enseñan a manejar los diferentes aspectos implicados en la conducción (normas de tráfico, cambiar marchas, girar, frenar), pero no explican lo que hay que hacer si al adelantar un camión te encuentras otro de frente: ¿acelerar? o ¿frenar?, dependerá del contexto, y este no puede describirse porque las posibilidades son infinitas. Podemos concluir, entonces, que la «manualización», por ser más fácil en unos modelos que en otros, crea sesgos en la investigación de resultados. ¿Cómo se pueden validar los tratamientos que tienen dificultades para ser «manualizados»? (Alberto Rodríguez Morejón, 2004).

Por lo antedicho, escribir nuestra experiencia de trabajo conlleva el temor de dar a conocer lo propio y exponerse; pero aún así, queremos poner en común aquello que hemos aprendido; comentaremos ahora algunas de las herramientas de trabajo psico-educativo, que utilizamos en el tratamiento de menores con trastornos del comportamiento.

Etimológicamente herramienta viene de «ferramenta» en referencia a aquellos utensilios que se utilizan para trabajar en diversos oficios, en su gran mayoría oficios manuales. Esta cualidad, la de ser «utensilios para», indica la capacidad del ser humano que lo distingue del resto de los animales: la de crear instrumentos que le faciliten sus tareas. Herramientas que, por otra parte, permiten un uso no sólo personal sino además colectivo y social. En nuestro contexto, con la palabra herramientas nos referimos a instrumentos de uso para intervenir con niños/adolescentes que expresen trastornos del comportamiento.

Como con todo objeto de aplicación, con las herramientas (un destornillador, una pinza o un martillo) corremos el riesgo de que sean utilizadas con fines y propósitos diversos aún a costa de su efectividad. Una pinza puede ser utilizada tanto para apretar un caño que se ha aflojado, como para golpear un clavo que se ha separado de la pared. El primer caso responde a un uso específico de la herramienta. En el segundo, la pinza está siendo utilizada como reemplazo de un martillo. Con este ejemplo queremos poner de manifiesto que la efectividad o no de la implementación de una estrategia de intervención (la herramienta), depende de la situación, la historia, la edad, y de otros factores que presentes. La lectura de estos utensilios, por lo tanto, debe enmarcarse y adaptarse a la particularidad de cada familia y persona.

Somos conscientes que cabe la posibilidad de que nuestra experiencia de trabajo, puesta por escrito en estas páginas, se preste a una interpretación errónea, pero aún así, consideramos importante poner en común aquello que hemos aprendido. Y queremos ponerlo en común con padres y madres de carne y hueso que crían y educan a sus hijos lo mejor que pueden, con familias «comunes y corrientes», con todos aquellos adultos que de una y otra manera ejercen este rol. Por esta razón haremos referencia implícita al concepto de «padres aceptables» desarrollado por Winnicott y retomado magníficamente por B. Bettelheim.

Un buen día, desconocemos a nuestro hija pues se lo ve impulsivo, agresivo, tiene reacciones violentas, está descontrolado, se comporta de manera «rara», se opone a todo cuanto se le dice, intenta manipular, miente, roba o consume. Pero a la vez nos despierta emociones tan únicas que hacen que lo veamos «especial», que no podamos interpretar su conducta con objetividad (a pesar de que primero mencionemos sus defectos, a todos nos parece que nuestro hija, sobrina, ahijada, es más «viva» que los demás niñas de su edad).

Desde la cuna a cada niña se le asigna un lugar, un espacio donde moverse, y una estructura de tiempo determinada (horarios, actividades, etc.). Esto significa que nos organizamos a partir, de las restricciones y los permisos que nos son otorgados por nuestro medio más próximo. El espacio que el niño encuentra al nacer y luego durante suvenir está estructurado por los otros, que son los que le permiten o no evolucionar fuera de su campo de influencia. Es otro quien da al niño el sentimiento de que posee un lugar. Nos es asignado desde el comienzo, un nombre, un lugar...

«El sentimiento que un individuo tiene de su lugar en el mundo está ligado a la forma en que cuenta o no para que alguien más, sin tener que haber tenido que eclipsarse como sujeto.» M. Mannoni

¿QUÉ COMPETENCIAS PARENTALES IDENTIFICAMOS COMO BÁSICAS A LA HORA DE PONER EN JUEGO, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR?

«...Se trata de un concepto relativo, ya que no existe una única manera de ser buen padre.... pero nos referimos al hecho de que un padre posea las cualidades necesarias que le permitirán lograr con éxito la culminación de sus funciones educativas...» (Pourtois-1984)

No podemos establecer una definición de padres competentes o incompetentes, sino de estrategias más o menos eficaces. Se trata de aprovechar lo que nos es útil y deshacernos de lo accesorio. Concentrarnos en lo esencial, ser capaces de establecer prioridades y jerarquizar. «*El problema, no estriba en meterse en la cabeza ideas nuevas, sino en cómo sacarse de la cabeza las ideas viejas*» (Tom Peters).

Se trata de un conjunto de estrategias educativas utilizadas por los padres con la finalidad de satisfacer las necesidades socioemocionales que reclaman los hijos a lo largo de todo su proceso evolutivo, fundamentalmente durante el proceso de consolidación del yo social e interpersonal.

1. *Identificar el problema*

A la hora de definir una situación conflictiva, las personas, solemos incluir más información de la necesaria, mezclar sucesos importantes con otros intrascendentes, remontarnos en el tiempo confundiendo episodios aislados de otros recurrentes... (ponemos los elementos según se nos ocurren y encendemos la batidora). Se termina no entendiendo nada. Es importante llamar a las cosas por su nombre y delimitar el problema que necesitamos solucionar con la mayor precisión posible. Se trata de observar la situación como utilizando un ZOOM que deje fuera los detalles y se centre en aquello que es el foco de atención.

2. *Contextualizar el problema*

Una conducta disruptiva es la expresión —la punta del iceberg— el síntoma que expresa el desajuste de un sistema. Hay alguien en el grupo (familia o grupo escolar) que embandera, que hace de fusible de un conflicto que está presente en la dinámica vincular, pero que necesariamente alguien tiene que dar a conocer (paradójicamente el «débil» del grupo es el que se encarga de dar a conocer lo que está ocul-

to). Todos los que participan en la «escena» tienen un papel importante que jugar, por tanto la búsqueda de la resolución del conflicto, necesita también de la involucración de todos los «actores» participantes.» El todo es mucho más que la suma de las partes».

Siguiendo el pensamiento de Michel Foucault, entendemos que una de las propiedades que definen a un sistema operativo (familia / institución), es que compromete a todos los integrantes y en todos los aspectos de la vida de cada uno (gestos, personalidad, hábitos, comportamientos cotidianos). Tanto en la génesis de un problema, como en su solución, están implicados TODOS los miembros del equipo (incluso algún abuelo, un vecino, un amigo de la familia...). Es importante que la función de cada uno este asignada con claridad (evitar los roles «implícitos») y que se dejen fuera los «dobles mensajes».

3. *Redefinir el problema*

Nos referimos a la capacidad de reestructurar el planteo del conflicto de una manera diferente a la habitual. Desde un pensamiento lateral, podemos evitar el modelo conductista tradicional de resolución de conflictos: si A entonces B... estímulo/respuesta. Siempre hay más de una puerta de salida; se trata de buscar la forma más original de lograr el objetivo deseado, sin recurrir a los modelos arcaicos. La perdida del esquema conocido, puede generar cierta sensación de vértigo, que confirma que estamos reciclando (el problema-la basura) y haciendo reingeniería. «El que no arriesga, se expone a mayores peligros».

4. *Asociarse con otros*

En este sentido, la posibilidad de establecer grupos de referencia, para padres y para educadores donde se pueda compartir experiencias, discutir y constituir verdaderos es-

pacios de aprendizaje común, suele ser evaluada como muy positiva, en la medida en que los objetivos, la tarea y el marco de trabajo estén claros para todos los miembros y la participación sea voluntaria. En ocasiones, un equipo de exploradores, orienta más que un simposio de expertos.

En la psicoterapia de grupo, uno de los factores curativos se desencadena cuando una persona se da cuenta de que hay otras que también tienen problemas semejantes y que le pueden aportar algo. Además, cada uno, tiene aspectos enfermos, pero también otros sanos y, en una situación de grupo, se pueden redescubrir estos últimos. Los resultados son buenos ya que cuando una persona tiene un problema es como si olvidara sus propios recursos. Por ello, parte de la psicoterapia consiste en que redescubra lo que tiene y ha dejado de usar. La tarea es aprender a descubrir qué factores de riesgo están operando, para aprender a detectarlos a tiempo.

5. Pedir ayuda especializada

Nadie duda enconjurir al despacho de un abogado, cuandose enfrenta a una demanda legal. En cambio, la mayoría de las personas adultas evitan solicitar los servicios de un profesional de la Salud Mental, por lo menos hasta tanto la situación se torne verdaderamente insostenible. Además, si somos capaces de establecer «redes» de ayuda, si estamos conectados, al menos algunos no tendrán que hacer ese desgastante «peregrinaje» en busca de ayuda especializada.

6. Capacidad de cambio y adaptación

La tendencia a la homeostasis hace que las familias tiendan a intentar mantener el «status quo» dentro del sistema a cualquier precio. Una y otra vez repiten las mismas estrategias, aunque estas sean absolutamente inefectivas.

Padre demanda al niño + Niño no obedece
+ Padre grita + Niño no obedece y grita
+ Padre arremete + Niño agrede al padre
+ Padre protesta y se retira
= (**círculo vicioso**)

- El padre al no conseguir controlar la situación experimenta sentimiento de ineficacia.
- El niño consigue lo que desea y aprende a conseguir lo que desea a través del enfrentamiento y desobediencia.
- Si este aprendizaje se generaliza a otros contextos el niño realizará sus demandas utilizando métodos coercitivos.

Se hace necesario atravesar el temor al cambio y buscar «otras estrategias». Lo único que permanece constante es el cambio y solo sobrevivirán los sistemas que adquieran capacidad de modificar su rumbo durante la marcha. Adoptar las herramientas que permitan hacerlo en forma natural, aún en contextos de crisis, es vital (círculo virtuoso). «Sólo los peces muertos siguen siempre la corriente del río»

Las familias con hijos con TC suelen emplear estrategias de disciplina inefectivas, que no logran controlar la conducta de los jóvenes, ni con la antelación a la realización de conductas asociales, ni después de producirse éstas. (Synder y Patterson-1987). Repetir las estrategias que aseguraron el éxito en otros tiempos (cuando vivía el abuelo...) no necesariamente nos valen hoy. Los modelos de educación también se agotan. En tiempos de crisis, volver sobre el éxito del pasado y reeditar las historias de las batallas ganadas, es parte de la resistencia a imaginar una salida propia, a inventar una solución original.

La capacidad de adaptación, se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (p.e. escolarización de los niños, casa-

miento de los hijos, muerte de un cónyuge, etc.). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema.

7. Estructura y comunicación

Se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién está a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar).

Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (p.e. de los padres) involucrando a una tercera (p.e. un hijo). La información se refieren a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vínculo, la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación (p.e. pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar...), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (p.e. padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, etc.) Foster y Gurman (1988).

8. Historicidad, pertenencia y aprendizaje

La biografía de cada uno, de cada familia es única. Buena o mala es la propia y eso la hace interesante. La historia se construye; como un mosaico cada acontecimiento —positivo o negativo— se traduce en aprendizaje. El sentimiento de los adolescentes de pertenencia a la familia, evaluado a

partir de su grado de implicación en actividades familiares, tiene una correlación inversa con el comportamiento desadaptado. Cuanto mayor sea la integración de los jóvenes dentro de la propia familia, hay una menor probabilidad de desajuste en el comportamiento social. (Canter 1982)

Leer, informarse, aprender de otros, ser inquieto, salir a buscar alternativas, preguntar, cuestionarse... así como mostrar lo que sabemos hacer, enseñar, valorar lo que por nuestra propia cuenta descubrimos, escribir la propia experiencia, compartirla, construirnos y proyectarnos ... «Si te lo digo, pronto lo olvidarás. Si te lo demuestro, quizás lo recordarás. Si lo intentas y lo experimentas, lo aprenderás.»

9. Presencia y contención

Es el vínculo establecido con adultos (padres-profesores-parientes) o pares de referencia, el salvavidas que rescata al adolescente que está atravesando alguna fase de este tipo de trastorno. La intervención terapéutica o curativa, viene siempre de la mano de un «otro» que se constituye en alguien en quien se puede confiar. Un referente fiable: confianza, responsabilidad y afecto.

La expresión del afecto, la responsabilidad y la dedicación de los padres al niño, la aceptación que tiene el niño en su casa y el grado en que los padres y otros familiares adultos se «ocupan» de él, favorecen la estructuración de estrategias de afrontamiento de los adolescentes. Aunque en muchas ocasiones los padres son el origen primero de esta relación inapropiada, puede suceder también que el comportamiento antisocial del hijo origine procesos de rechazo hacia él. (Pons-Salvador y Cerezo, 1999).

10. Estilos de control y supervisión

Las estrategias de control paterno son aquellos estilos de funcionamiento que se relacionan con las demandas que se

le hacen al niño y con el control que se ejerce sobre él. Son aquellos estilos que tienen los padres o quienes se encargan del niño de hacerle demandas y de controlar su conducta (Pons-Salvador, 2003). Apostamos a trabajar con objetivos firmes y estrategias creativas y flexibles.« Es necesario tener reglas, porque a los humanos nos fallan a veces los principios». En cuanto a la supervisión, no nos referimos a «persecución» sino a una adecuada mirada atenta a los hijos; Implica estar pendiente de ellos, corregir sus conductas inapropiadas e indicarles nuevos comportamientos más adecuados.

11. Mediación activa y cooperación

Hablar, opinar, criticar o ponderar con los adolescentes, los programas de televisión, las películas de cine, o las propuestas publicitarias, es la forma más efectiva para poner freno a las tendencias agresivas como consecuencia negativa de la influencia de los medios de comunicación social.

La competencia social, ayuda al adolescente a desarrollarse en aquellas áreas que aseguran un adecuado ajuste personal y social, de tal manera, que la adaptación surgirá como resultado de poseer y poner en práctica un conjunto de características consideradas social y culturalmente como positivas: ser tolerante, autónomo, seguro emocionalmente, solidario, respetar las normas y valores sociales, en definitiva, conductas pro-sociales de cooperación.

12. Modelos de aprendizaje

Los comportamientos afectivos, como también los agresivos, se aprenden (berrinches, golpes, peleas). La violencia se imita; los cariños también. Desde pequeños aprendemos un modo personal de transitar por el mundo, e incorporar lo nuevo. En el ámbito psicopedagógico, podemos afirmar que los niños que transitan un TC suelen tener una matriz de

aprendizaje Hiper-asimilativa / Hipo-acomodativa, en tanto les resulta muy complejo adaptarse a lo pre-establecido. En el contexto educativo por tanto, pueden ser «separados» del grupo, lo que reduce sus posibilidades de conexión con el grupo de pares y sus oportunidades de acción. Nos sumergimos así en un círculo vicioso: cuanto peor se comporta, más se lo excluye, cuanto más se lo excluye, peor se comporta.

13. Afrontamiento (Coping)

- a) *APROXIMACIÓN:* análisis lógico de los problemas, solución de problemas, búsqueda de guía, etc.
- b) *EVITACIÓN:* descarga emocional, evitación cognitiva, búsqueda de gratificaciones alternativas, etc.«...En intervenciones con adolescentes con problemas de conducta, se torna necesario una intervención dirigida al desarrollo de actividades de coping a fin de que estos adolescentes puedan superar el ciclo vicioso establecido entre la evitación del problema y el desarrollo de psicopatologías asociadas. Se ha encontrado que el hecho de padecer algún trastorno psicológico lleva a un mayor uso de estrategias centradas en la emoción o en la evitación del problema» (Investigación: Univ. Católica de Goiás-Brasil / Univ. Barcelona-España.)

14. Habilidades cognitivas

Pueden ayudar a los niños a enfrentarse a presiones ambientales o personales hacia el comportamiento antisocial, y a relacionarse con su ambiente de forma más adaptada. Es un factor de protección en tanto ofrece herramientas para la resolución de problemas. Se trata de estimular la construcción de un pensamiento lógico formal.

El motor del aprendizaje es la pregunta. Si no hay necesidad, curiosidad y apetencia por resolver los conflictos que nos plantea el día a día, no se sale a buscar soluciones.

Siempre por encima de la respuesta, está el cuestionamiento de base que lo movilizó. El ejercicio del pensamiento puede ser entendido como un «músculo» que se desarrolla con el entrenamiento.

Hay niñas/adolescentes que consiguen evitar comportamientos desajustados a pesar de las condiciones adversas que les rodean, y parte de esa fortaleza, parece estar relacionada con un conjunto de habilidades de cognición social (planificación, generación de soluciones alternativas a los problemas y pensamiento de medios-fines) (Garrido y López-1995).

15. Resiliencia

Las niñas que enfrentan exitosamente diversas fuentes de estrés en la vida, son aquellas que son activos frente a estas situaciones. Cuando los «recursos ambientales» no son suficientes, las buscan de forma de suplir sus necesidades.

(Milgram y Palti, 1993).Características personales del resiliente:

- **Introspección:** (insight) Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una autorespuesta honesta. Cuestionamiento personal, prevalece el principio de realidad.
- **Independencia:** Es la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse. Se traduce en «no complicarse la vida».
- **Capacidad de relacionarse:** Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas para balancear la propia necesidad de simpatía y apertitud para brindarse a otros.
- **Iniciativa:** Es el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

- **Humor:** Alude a la capacidad de encontrar lo cómico e irónico en la tragedia. Se mezcla el absurdo y el horror en lo risible de la combinación. También es saber reírse de uno mismo. Como advertía el bibliotecario ciego de «El nombre de la rosa», la risa desdibuja el orden del mundo y quien ríe no teme aquello de lo que ríe.
- **Creatividad:** Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. En la infancia se expresa en la creación y los juegos, que son las vías para revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza.
- **Moralidad:** Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo, lo importante y lo innecesario.
- **Comunicación clara:** Capacidad de emitir mensajes que no generen confusión. Evitar un lenguaje paradójico y/o ambivalente.

«En una sociedad, ya sea por guerra, miseria o falta de cultura, lo que más se desarrolla es la negligencia afectiva... Un mismo suceso no tiene el mismo efecto, varía según el entorno afectivo de la persona golpeada» (Boris Cyrulnik, 2004)

BIBLIOGRAFÍA

- BASANTA DOPICO, J. L.: «Intervención psicopedagógica en menores». Ed. Xunta de Galicia. La Coruña, 2000.
- BETTELHEIM, B.: «No hay padres perfectos. El arte de educar a los hijos sin angustias ni complejos». Ed. Crítica. Barcelona, 2003.
- BISQUERRA ALZINA, R. (coord.): «Modelos de orientación e intervención psicopedagógica.». Editorial CISS PRAXIS. Madrid, 1998.

- CYRULNIK, B.: «Cinco horas con Boris Cyrulnik». Entrevista. Revista Menores. Nº 4. Guadalajara. Marzo 2004.
- DOLTO, F.: «La causa de los niños». Siglo XXI, Buenos Aires, 1987.
— «Psicoanálisis y pediatría». Siglo XXI, Buenos Aires, 1987.
- LABRADOR, F. J. y otros: «Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta». ED Pirámide. Madrid, 2002.
- MARDOMINGO, M. J.: «Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte». Ed. Narcea. Madrid, 2002.
- MÉNDEZ, F. X., y MACIA ANTÓN, D. (coord.): «Modificación de conducta con niños y adolescentes». Editorial. Pirámide. España, 2002.
- OLIVARES RODRÍGUEZ, J. y otros: «Tratamientos conductuales en la Infancia y Adolescencia. Bases históricas, conceptuales y metodológicas. Situación actual y perspectivas futuras». Editorial Pirámide. Madrid, 2003.
- RODRÍGUEZ MOREJÓN, A.: «La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados». U. de Málaga. Papeles del Psicólogo, 2004.
- SCANDAR, R. O.: «El niño que no podía dejar de portarse mal». Editorial Distal. Bs. As, 2003.
- SELVINI Y PALAZZOLI, M.: «El mago sin magia». Editorial Paidós. Bs. As, 1998.
— «Paradoja y contraparadoja». Editorial Paidós. Bs. As, 2000.
- SERVERA BARCELÓ, M. (coord.): «Intervención en los Trastornos del Comportamiento Infantil. Una perspectiva conductual de sistemas». Editorial Pirámide. Madrid, 2002.
- TONUCCI, F.: «Como ser niño». Editorial Rei. Buenos Aires 1993.
— «Con ojos de niño». Editorial Rei. Buenos Aires 1988.
— «Niño se nace». Editorial Rei. Buenos Aires, 1989.
- V.V. A.A. «Infancias y adolescencias. Teorías y experiencias en el borde». Ed. Novedades Educativas. Bs. As. 2003.
- WINNICOTT, D. W.: «Deprivación y delincuencia». Buenos Aires. Editorial Paidós, 1996.

II

MESA REDONDA: ESTADO DE LA SITUACIÓN DE LOS MENORES EN DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS: NUEVAS NECESIDADES

NUEVAS NECESIDADES DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DESDE EL ÁMBITO DE LA ACCIÓN SOCIAL

ROSARIO CALATAYUD MEDINA

Directora General de la Familia, Menor y Adopciones.
Generalitat Valenciana

Intentaré exponer claramente las dificultades, así como los esfuerzos para su superación, que en la Comunidad Valenciana estamos realizando para atender, desde el ámbito de la acción social, a aquellos menores que presentan trastornos del comportamiento. Entendiendo por tal a los «trastornos del comportamiento» de niños y jóvenes como «un patrón de comportamiento antisocial que vulnera los derechos de otras personas, así como normas de convivencia y reglas socialmente aceptadas para su edad».

Esta definición, centrada en la descripción y valoración social del comportamiento o la conducta del niño, niña o adolescente, nos permite un marco referencial amplio como punto de partida para poder entendernos desde distintos ámbitos de la Administración y desde distintas perspectivas profesionales.

En este sentido es evidente que las actuaciones de las distintas Administraciones Públicas para atender los problemas de comportamiento en la infancia y adolescencia deben realizarse de forma coordinada y sinérgica desde los distintos ámbitos implicados: el educativo, el sanitario, la acción social, etc. Sin embargo, mi intervención está condicionada

por el ámbito competencial en el que se inscribe la Dirección General de la Familia, Menor y Adopciones y que, en relación a los problemas de comportamiento, podemos resumir en:

- La aplicación de medidas de protección jurídica del menor.
- La ejecución de las medidas judiciales impuestas a menores infractores con responsabilidad penal.
- El fomento e impulso de programas, servicios y distintos recursos de apoyo a la familia.

En primer lugar cabe señalar que, los profesionales de los distintos órganos administrativos dependientes de la Dirección General de la Familia, Menor y Adopciones (Direcciones Territoriales de la Conselleria de Bienestar Social, Teléfono del Menor...) vienen constatando, en los últimos años, un incremento cuantitativo y cualitativo del tipo de problemas que nos ocupa.

En concreto se viene observando, por una parte, una mayor demanda de ayuda por parte de padres que expresan «no poder controlar el comportamiento» de alguno de sus hijos y reclaman una intervención profesional o institucional para solucionar dicha situación. En algunos casos, esta situación puede considerarse indicativa de una situación de riesgo o de desamparo del menor debido a la posible incompetencia o inhabilidad parental de los progenitores o cuidadores, pero es importante resaltar que, en muchos casos, los trastornos del comportamiento no pueden ser atribuidos a la falta de aptitud o actitudes inadecuadas de los padres, sino a otra serie de factores (personales, sociales, culturales...).

Por otra parte es evidente que el perfil de los menores cuya guarda es asumida por la Generalitat Valenciana ha variado considerablemente en la última década, y al igual que en el caso anterior, «tenemos» también muchos pro-

blema a la hora de manejar adecuadamente los problemas comportamentales de los menores del sistema de protección.

En la actualidad podemos destacar, por distintos motivos, dos tipologías muy definidas de menores susceptibles de medidas de protección: de un lado los menores extranjeros no acompañados y de otro los menores para los cuales podríamos acuñar el término de «victiagresores». Es decir, menores cuya situación de desprotección jurídica se manifiesta, entre otras maneras, en un comportamiento, en general, antisocial, y en particular, agresivo hacia los miembros de su propia familia.

En consecuencia, la situación apreciada en la Comunidad Valenciana no es distinta de la que se viene constatando en los últimos años en distintos foros técnicos interautonómicos. También se constata este incremento de una «adolescencia problemática» en la literatura especializada en el ámbito occidental. En algunas de estas obras se apuntan los factores sociales y culturales que pudieran estar en la base de este incremento de problemas comportamentales en adolescentes:

- Un paulatino retraso en la asignación de responsabilidades a los adolescentes, y la desaparición de ritos de iniciación a la vida adulta y reconocimiento social, que les lleva a la búsqueda de conductas de riesgo como forma de autoafirmación.
- La confusión sembrada en los padres por la diversidad de teorías psicológicas y pedagógicas que contribuye a una oscilación entre la hiperprotección o el «coleguismo» y las actitudes paternas rígidas.
- La cesión excesiva de la responsabilidad educativa a la institución escolar.
- El impacto de los medios de comunicación y la consolidación de la adolescencia y la juventud como un importante mercado en la sociedad de consumo.

Si bien excede el objeto de mi participación detenerme en el análisis de estos u otros muchos factores, no puedo dejar de señalar la importancia de tenerlos en cuenta a la hora del adecuado diseño de estrategias eficaces de prevención e intervención.

En todo caso es importante indicar que los trastornos del comportamiento en niños, niñas y adolescentes, sean cuales sean sus causas, sólo son «visibles» para los servicios sociales o la acción social cuando:

- Son indicativos de una situación de desprotección jurídica del menor.
- Se traducen en la comisión de un delito o falta y su correspondiente sanción según la legislación vigente en materia de responsabilidad penal de menores.
- Son causa de un deterioro importante de las relaciones familiares.

Por ello, a continuación, y reconociendo esta visión parcial del problema, señalaré alguna de los escollos que detectamos para abordar eficazmente la atención a los menores con trastornos del comportamiento desde cada una de estas perspectivas.

En ocasiones tras los trastornos de conducta (antisocial) de niños y adolescentes se puede descubrir una situación legal, pasada o presente, de riesgo o de desamparo. Es, precisamente, la apreciación de esta situación jurídica, y no las posibles alteraciones conductuales del o la menor, la que provoca la aplicación de medidas de protección. Esta situación genera algunas dificultades.

Muchas de ellas se derivan del hecho de que, simplificando quizás en exceso, la protección jurídica de menores se centra casi exclusivamente en la valoración de si un determinado menor debe continuar con sus actuales guardadores o si dicha situación debe modificarse en función de su superior interés. Sin embargo, y recurriendo a la ironía, no

es probable que los trastornos de comportamiento desaparezcan por la simple colocación del menor en otro entorno de convivencia.

Al contrario, los mismos problemas comportamentales del menor restringen drásticamente las posibilidades de entornos de convivencia alternativos para el mismo. Por un lado es bien conocido que en casos de menores con trastornos del comportamiento, el acogimiento familiar suele ser inviable (bien por ausencia de familia dispuesta al mismo o bien por el pronóstico tan negativo que tendría por la propia conducta antisocial del menor). Por otra parte, la única respuesta posible, el acogimiento residencial de estos menores, también presenta grandes dificultades.

Todos estos problemas se derivan, en parte, del hecho de que la legislación vigente en materia de protección de menores no contempla la hipótesis de que los menores desprotegidos no acepten las medidas que se proponen para su protección. Sin embargo, al menos en el caso de los menores extranjeros no acompañados (excepto en un primer momento) y en el de los menores con trastornos del comportamiento esta hipótesis se suele cumplir. Podemos afirmar que el mayor reto en la actualidad del sistema de protección de menores es el de «proTEGER a menores que no desean ser proteGIDOS».

Un simple botón de muestra de esta visión ingenua o pasiva de los menores susceptibles de protección es el hecho de que la normativa vigente no contempla ni regula ningún tipo de medida de contención, de aislamiento o registro de los menores residentes en centros de protección.

Por otra parte se da la circunstancia de que en la Comunidad Valenciana, cuando se transfirieron y asumieron las competencias en materia de protección de menores, se implantó una red de centros residenciales diseñada bajo el paradigma de la total normalización de la vida de los menores residentes en ellos, y no bajo el de la especialización según las distintas características de los menores. Es por ello que en los últimos años, la Conselleria de Bienestar

Social está realizando un considerable esfuerzo para aumentar el número de plazas en centros de acogida adecuados para atender menores con trastornos del comportamiento y con distintas patologías mentales.

Desde la perspectiva de la reeducación o inserción social de aquellos menores que han cometido un delito o una falta tipificada en el código penal hay que señalar que, lógicamente, la principal dificultad estriba en que sólo se puede dar respuesta a aquellos trastornos de comportamiento que se traduzcan en delitos y que al menor se le impongan judicialmente medidas de carácter socioeducativo o terapéutico.

Esta situación provoca algunas situaciones paradójicas dado que, en algunos casos de menores con trastornos graves de comportamiento, puede llegar a pensarse que la situación más deseable sea la de que el menor cometa, y sea juzgado por, un delito, dado que en ese caso se le podrá asignar un equipo técnico específico. Esta situación, de igual modo, lleva a que, en ocasiones, se tenga que sugerir o recomendar a padres que denuncien formalmente las conductas de sus hijos.

Pero aún en el caso de que el menor con trastornos de comportamiento «entre» en el sistema de reeducación para hacer frente a su responsabilidad penal, los apoyos terapéuticos no podrán ir más allá del tiempo establecido para la medida.

En definitiva, el carácter socioeducativo de las medidas impuestas a menores infractores no nos puede llevar a olvidar es que lo que se pretende es regular la responsabilidad penal de los mismos y no establecer un sistema educativo o terapéutico de por sí.

En definitiva, el abordaje de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes desde la perspectiva del sistema de protección de menores o desde la del sistema de reeducación de menores infractores está totalmente constreñido a los objetivos últimos, y lícitos, de dichos sistemas: la protección jurídica y la regulación de la responsabilidad penal de los menores en nuestro país. Además, como ya he señalado, un grupo significativo de trastornos de este tipo no

justifica de por si la intervención de ninguno de los dos sistemas.

La tercera vía de abordaje a los problemas de conducta de menores desde la acción social es la de las iniciativas o políticas de apoyo a la familia. Tanto si los trastornos de conducta tienen su génesis en una patología del menor como en un deterioro de las relaciones familiares, en dificultades educativas o, incluso en una situación sociofamiliar de riesgo, las políticas a favor de la familia deben ser sensibles a estos problemas. En el primer caso, como apoyo a las familias de los menores. En el resto, como prevención o intervención especializada en dichos trastornos o en la situación legal de riesgo. Es por ello que considero esta línea de actuación imprescindible para dar respuesta, desde el ámbito de los servicios sociales, a los trastornos del comportamiento de niños y adolescentes.

Debo señalar que, en la Comunidad Valenciana la principal carencia hasta hace tan sólo unos años ha consistido en la inexistencia de servicios especializados de orientación, mediación e intervención familiar en el ámbito de la acción social, excepto programas aislados subvencionados a entidades locales o entidades sin fin de lucro.

De este modo una familia con un menor con problemas de comportamiento prácticamente sólo podía recibir ayuda (pública) de profesionales especializados en el caso de que los problemas comportamentales se dieran también en el ámbito escolar o fueran considerados el resultado de una patología clínica y el caso fuera asumido por los servicios de Salud Mental.

Para corregir esta situación, en los últimos ejercicios, se ha puesto en marcha por parte de la Conselleria de Bienes-Social la financiación de Servicios Especializados de Atención a la Familia e Infancia (SEAFI) al mayor número posible de entidades locales, así como el diseño de unos protocolos mínimos acerca del objetivo y funcionamiento de dichos Servicios. De esta forma se pretende generar una red lo más amplia posible de servicios sociales especializados en el

sector Familia e Infancia y con una clara implicación del sector público (entidades locales).

Los SEAFI surgen con el objetivo de atender la intervención especializada de carácter integral en núcleos familiares, existan o no menores en situación de riesgo o desamparo y se configuran como equipos interdisciplinares específicos y especializados que actúan en la prevención, en la atención y en el tratamiento de las situaciones de crisis y de desestructuración familiar.

Sus funciones, diferenciadas de las atribuidas a los Servicios Sociales Generales, se concretan en el desarrollo de actuaciones con familias en situación de riesgo; de orientación y mediación familiar; de prevención e intervención en situaciones de violencia familiar; en familias con menores en situación de riesgo y con menores en situación de guarda, tutela y adopción, etc.

A modo de simple referencia cuantitativa que permita calibrar el grado de implantación de los SEAFI en la Comunidad Valenciana podemos señalar que en el ejercicio pasado se subvencionó el personal de 53 SEAFI a otras tantas entidades locales (ayuntamientos o mancomunidades) los cuales atendieron a lo largo del mismo un total de 5.147 casos. En el 2004 han sido 89 entidades locales las financiadas para la puesta en marcha de Servicios Especializados de Atención a la Familia e Infancia, lo que muestra claramente la aceptación que este tipo de servicios está teniendo en nuestra comunidad autónoma.

Si bien esta tercera posibilidad de atender a los menores con trastornos del comportamiento desde el ámbito de la acción social no tiene los encorsetamientos de las dos perspectivas anteriormente analizadas, también es cierto que existe el riesgo de que sean influenciados por las necesidades o carencias del sistema de protección. Los SEAFI deben ser sensibles a la responsabilidad pública sobre los menores en situación de riesgo o desamparo, sin embargo no deben entenderse como equipos especializados de protección jurí-

dica. Se considera que su mayor contribución al sistema de protección es precisamente que actúen como servicios de orientación, mediación e intervención familiar, no sólo en los casos de familias cronificadas o desestructuradas, sino también y sobre todo como un recurso normalizado (aunque especializado) de atención a cualquier familia que lo necesite.

En definitiva, y a modo de síntesis, en la Comunidad Valenciana se detecta la necesidad de determinados ajustes o actuaciones encaminadas a una mejor respuesta desde los servicios sociales a la problemática de las familias en cuyo seno existen menores con graves trastornos del comportamiento:

- Promover o instar en los foros oportunos una revisión o desarrollo de la normativa estatal vigente en materia de protección de menores que permita adecuar las actuaciones protectoras a los nuevos perfiles de menores en situación de desprotección, especialmente a aquellos que no aceptan la salida de su entorno familiar.
- Apoyar el uso de herramientas diagnósticas que permitan ajustar las actuaciones de los servicios sociales (generales o especializados) a los trastornos comportamentales que presenta un menor concreto. En este sentido la Dirección General de la Familia, Menor y Adopciones acoge con gran interés la presentación de la Técnica de Diagnóstico Precoz del Proyecto Esperi.
- Ampliar la posibilidad de núcleos de convivencia alternativos para los menores con trastornos del comportamiento tanto mediante el desarrollo de programas de acogimiento familiar especializado o profesionalizado como por la extensión de la red de centros de protección especializados en estos menores.
- La consolidación y extensión de una red pública de Servicios Especializados de Atención a la Familia e Infancia en cuyo seno se pueda atender de forma especializada, y sin ningún tipo de restricción, a cualquier familia con menores con trastornos de comportamiento.

LA PROBLEMÁTICA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN GALICIA

TERESA REY BARREIRO-MEIRO

Directora General de Familia
Consejería de Familia, Juventud, Deporte y Voluntariado.
Xunta de Galicia

INTRODUCCIÓN

Galicia, en el momento actual, cuenta aproximadamente con unos 320.000 niños y jóvenes con edades comprendidas entre los 3 y los 17 años, de los cuales 210.000 tienen edades comprendidas entre los 9 y los 17 años y unos 150.000 estarían en la franja de edad comprendida entre los 12 y los 17 años (adolescentes).

Si se da por válida la estimación de que los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes tiene una incidencia entre el 8 y el 10 por cien, y que, además, sólo son diagnosticados el 20% de estos casos, nos encontraríamos que en Galicia pueden existir:

- Entre 16.600 y 21.000 casos en la franja de 9 a 17 años.
- Entre 12.000 y 15.000 casos correspondería a la población adolescente.
- Sólo se llegarían a diagnosticar entre 3.300 y 4.200 casos.

Algunas de las memorias de las Fiscalías de Menores ya están recogiendo tanto un aumento del número de casos en

que los menores padecen trastornos del comportamiento como un aumento del número de denuncias por agresiones de hijos a padres.

La Dirección Xeral de Familia advierte también, desde hace ya algún tiempo, la presencia de casos en los que los padres solicitan que la Xunta de Galicia asuma la guarda de sus hijos ante su incapacidad para controlarlos.

Asimismo se viene observando tanto un incremento general de las medidas judiciales relativas a menores como un incremento del caso concreto de la medida de internamiento terapéutico.

Estos datos reflejan pues, por si solos, la importancia de este tipo de trastornos e indican el grado de infelicidad personal y familiar que pueden estar generando.

La Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado de la Xunta de Galicia, no tiene competencias en el ámbito de la salud mental, aunque sí las tiene en cuanto a la guarda y tutela de menores y en cuanto a la ejecución de medidas judiciales impuestas a menores de 18 años al amparo de la Ley Orgánica 5/2000, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Estas circunstancias justifican el presente escrito.

La versión sintética de este texto no se centrará en aspectos técnicos relativos a los trastornos del comportamiento, sino en los datos relativos a su incidencia y evolución en la Comunidad Autónoma de Galicia, a partir de lo recogido por la Dirección Xeral de Familia. También se abordarán la legislación relacionada con el tema y los recursos de los que se dispone para su abordaje. Finalmente nos referiremos a las problemáticas relacionadas con la intervención a las que la Dirección debe de hacer frente y señalaremos el acuerdo al que han llegado las Consellerías de Sanidade, Educación y Ordenación Universitaria y la de Familia, Xuventude, Deporte y Voluntariado, con objeto de ordenar y coordinar las actuaciones relacionadas con la intervención en este tipo de casos.

1. Incidencia y evolución en la comunidad autónoma de galicia

En este apartado, debido a que, como ya se ha dicho, la Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado no tiene competencias en materia de salud mental, pero por razones de espacio nos limitaremos a aportar datos procedentes de la propia Consellería, dejando de lado los procedentes de la Consellería de Sanidade y de la Consellería de Educación e Ordenación Universitaria (los que se incluyen en una versión ampliada).

A) Menores que ejecutaron medidas judiciales como consecuencia de la comisión de delitos

La Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado, como entidad encargada de la ejecución de las medidas judiciales dictadas por los Juzgados de Menores de la Comunidad Autónoma de Galicia, dispone de los datos de ejecución de medidas judiciales.

Sabemos que no todos los menores sometidos a medidas judiciales por la comisión de actos delictivos se pueden englobar dentro de los trastornos del comportamiento, pues no todos cumplirían el criterio de «patrón repetitivo y persistente de comportamiento ...»

Es también sabido que además del número de «delincuentes oficiales» hay una importante cifra de delincuentes «ocultos», es decir, aquellos que nunca llegan a conocerse.

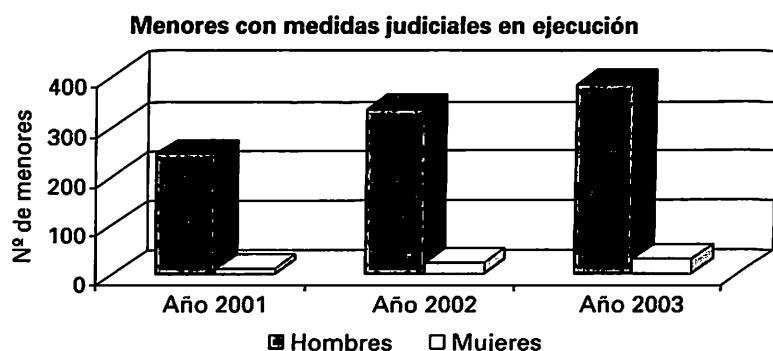
Por otra parte existe también cierto número de menores que, sin cometer actos delictivos, también podrían incluirse dentro del grupo de menores que padecen este tipo de trastornos.

A pesar de todo creemos que puede ser interesante conocer este tipo de datos. En este sentido se hace referencia a continuación al número de menores que han estado ejecu-

tando medidas, al número de menores que han estado, concretamente, ejecutando la medida de internamiento terapéutico y, dentro de este último grupo cuantos de ellos tenían un diagnóstico de trastorno disocial. Por último se indicará el número de menores a los que se le han impuesto medidas por malos tratos o violencia habitual sobre familiares y el número de menores que han estado cumpliendo la medida de tratamiento ambulatorio.

Los datos generales de ejecución son los siguientes:

	Año 2001	Año 2002	Año 2003
Hombres	247	336	385
Mujeres	12	25	31
TOTAL	259	361	416



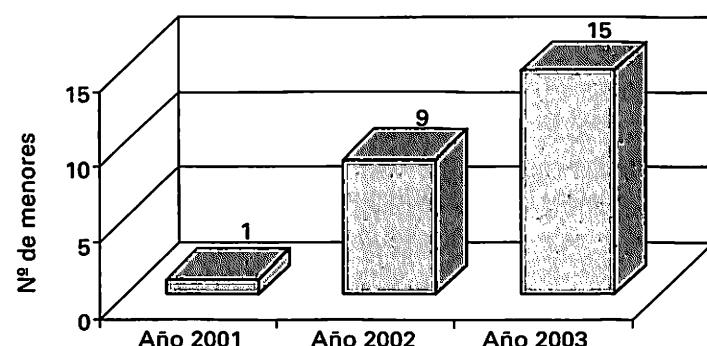
Estos datos muestran como año tras año se está incrementando la ejecución de medidas judiciales derivadas de actos disociales.

A pesar de que la mayor parte de este incremento se debe a la ampliación del ámbito de aplicación de la ley (desde la entrada en vigor de la L.O 5/2000 se incorporaron al ámbito de aplicación los jóvenes de 16 y 17 años), también parece posible deducir que una parte de este incremento se deba a un aumento de los trastornos disociales.

Los datos relativos a la ejecución concreta de la medida judicial de internamiento terapéutico, en la comunidad gallega, son los siguientes:

	Año 2001	Año 2002	Año 2003
Menores que ejecutaron medidas de internamiento terapéutico	1	9	15

Ejecución de la medida judicial de internamiento terapéutico



En el caso específico de esta medida se reproduce la tendencia general, i.e., progresivo incremento de la ejecución de este tipo de medidas.

Desde la entrada en vigor de la L.O. 5/2000 y hasta el 31 de mayo de 2004 han estado cumpliendo esta medida un total de 29 menores, de los que 4 están pendientes de diagnóstico definitivo.

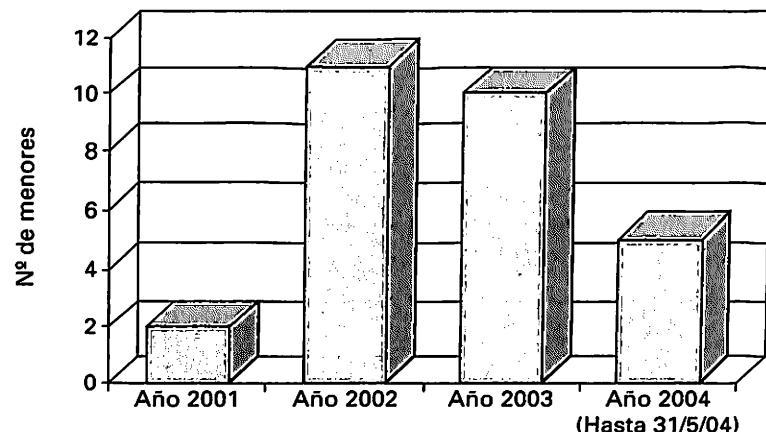
De los 25 restantes, 14 tienen un diagnóstico de trastorno disocial o trastorno antisocial de la personalidad y uno de ellos tiene también aparejado un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Por tanto, un 56% de los menores que han estado cumpliendo internamiento terapéutico tiene un diagnóstico de trastorno disocial o trastorno antisocial de la personalidad.

Los menores a los que en los últimos años se le han impuesto medidas por malos tratos o violencia continuada en el ámbito familiar se distribuyen de la siguiente forma:

	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004 (hasta 31/5/04)
N.º de menores condenados por malos tratos	2	11	10	5

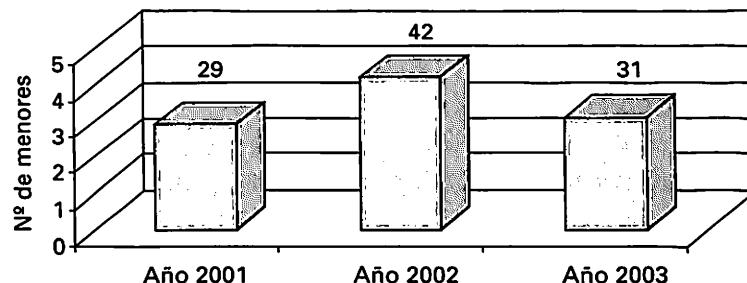
Menores con delitos de malos tratos o violencia familiar e ámbito familiar



La medida de tratamiento ambulatorio es la que, junto con la de internamiento terapéutico, está indicada en casos de anomalías o alteración psíquicas, adicción al consumo de drogas o alteraciones de la percepción. Durante los últimos años el número de menores que han estado ejecutando esta medida han sido los siguientes:

	Año 2001	Año 2002	Año 2003
N.º de menores que ejecutaron la medida de tratamiento ambulatorio	29	42	31

Ejecución de la medida judicial de tratamiento ambulatorio



B) Menores con expediente de protección

	2001	2002	2003	2004*
Total expedientes abiertos	1.360	1.429	1.328	805
Por trastornos de conducta	106	117	60	41
Guardas asumidas	77	104	99	26
Por trastornos de conducta	10	16	9	5
Tutelas asumidas	1.360	1.429	1.328	805
Por trastornos de conducta	106	117	60	41

* Estos datos abarcan desde el 1 de enero hasta el 31 de mayo del 2004.

Si bien en los últimos tiempos se detecta un elevado número de menores, cuyas familias se ven incapacitadas para controlar y educar, y por ello solicitan el internamiento de sus hijos en centros de protección, estos casos son valorados por nuestros servicios, y siempre que no se dé una situación de «desprotección del menor», de acuerdo con la normativa vigente, se evita el recurso de internamiento, arbitrando medidas de apoyo alternativas para la familia y el menor (GOF, Educadores Familiares...), velando por su permanencia en el entorno familiar y coordinándose con los servicios complementarios de la Consellería de Sanidad u otras instancias, en caso necesario.

C) Menores con medida de tratamiento por problemas de salud mental-trastornos de conducta

N.º de Expedientes de protección abiertos: 5.465.

N.º de Expedientes con medidas de apoyo psicológico: 149.
Tratamiento en Unidades de Salud Mental Infantil : 108.
Motivado por trastornos de conducta: 50.

Los menores atendidos por «trastornos de conducta» representan el 46,29% de los menores en tratamiento en las Unidades de Salud Mental Infantil. Este diagnóstico aglutina la mayor incidencia en esta población, ya que el restante 53,71% se reparte con incidencia dispar en otro tipo de problemas de salud mental.

En este caso se engloba en trastornos de conducta el diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad y el trastorno disocial.

2. *Legislación consellería de familia*

A esta consellería le compete regular, entre otras, las actuaciones de la Xunta de Galicia dirigidas a procurar de conformidad con lo dispuesto en el artículo 39 de la Constitución, la protección integral de la familia, infancia y adolescencia así como la protección y asistencia de los menores que se encuentran en situación de posible desprotección, desamparo o conflicto social.

— Orden 29 de febrero de 1996, por la que se regulan los requisitos específicos que deberán reunir los centros de menores y los centros de atención a la infancia. (DOG 20 de marzo 1996).

— Orden 1 agosto de 1996, por la que se regulan los contenidos mínimos de Reglamento de régimen interior y el proyecto educativo de los centros de atención a menores (DOG 28 de agosto de 1996).

— Ley 3/ 1997, de 9 de junio, gallega de la familia, infancia y adolescencia (DOG 20 de junio de 1997).

— Decreto 42/2000 de 7 de enero, por el que se refunde la normativa reguladora vigente en materia de familia, infancia y adolescencia (DOG 6 marzo 2000), modificado por el D. 406/2003 de 29 de octubre, (dog 14 de noviembre de 2003).

— Orden 6 noviembre 2000, por la que se modifica la Orden de 29 de febrero de 1996, por la que se regulan los requisitos específicos que deben reunir los centros de menores y los centros de atención a la infancia (DOG 20 de noviembre 2000).

— Decreto 427/2001, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de funcionamiento interno de los centros de reeducación para menores y jóvenes sometidos a medidas privativas de libertad. (DOG 21 de enero de 2002)

— Decreto 406/2003 de 29 de octubre, por el que se modifica el D. 42/2000, de 7 de enero, por el que se refunde la normativa reguladora vigente en materia de familia, infancia y adolescencia (DOG 14 noviembre 2003).

Legislación Intersectorial:

— Ley 4/1993, 14 de abril de Servicios Sociais.(DOG 23 de abril de 1993).

— D. 240/1995 de 28 de julio, por el que se regulan los servicios sociales de atención primaria.(DOG 17 agosto de 1995).

3. *Recursos*

3.1. De la consellería de familia, xuventude, deporte e voluntariado

A) Para menores de protección

El proceso de continuo cambio a que está sometido nuestra sociedad requiere la instrumentación de políticas

sociales y familiares que garanticen el desarrollo integral de sus miembros. Las políticas de protección de menores promovidas por la Xunta de Galicia, se hallan recogidas en los sucesivos planes integrales de apoyo a la familia (PIAF), que iniciaron su andadura en 1994 y constituyen el referente vertebrador de las medidas adoptadas en este ámbito desde aquella fecha hasta la actualidad en que se lleva a cabo el III PIAF (2002-2005).

El conjunto de recursos destinados a menores por la Consellería de Familia, se configura como un sistema integrado de prestación de servicios sociales de nivel especializado a través de su red de equipamientos, programas y servicios.

1. Equipamientos:

Los *centros de menores* son equipamientos destinados a la atención de menores de edad de ambos sexos en situación de riesgo, desamparo o conflicto social, en los que se desarrollan con regularidad programas y actividades dirigidos a este sector de población. Estos centros pueden ser de carácter residencial o diurno.

- a) Los *centros residenciales* se destinan a menores que por circunstancias sociofamiliares necesitan ser separados temporalmente de su núcleo familiar o internados bajo aplicación de medidas judiciales.
- b) Los centros de *atención de día* se destinan a la prestación de servicios complementarios de soporte y apoyo para menores en conflicto social o pertenecientes a familias en situación de necesidad tendiendo por objetivo favorecer su proceso de normalización.

Estos centros de carácter ordinario están concebidos como recursos socioeducativos, dotados con plantillas profesionales orientadas específicamente a esta área de intervención.

	N.º de centros	N.º de plazas
Residencial	53	804
Atención de día	11	307
TOTAL	64	1.111

De las 307 plazas de atención de día, 142 se prestan en centros específicos de este tipo y 165 en centros residenciales que ofertan asimismo atención de día.

Centro Chavea

Este centro creado en al año 2002, con una capacidad de 10 plazas, nació para atender a la creciente demanda de servicios para la población de menores con trastornos de conducta.

Actualmente acoge a menores tutelados, diagnosticados por las unidades de salud mental de trastornos de conducta grave, que imposibilitan su integración en un centro de protección normalizado.

El centro funciona en régimen residencial durante todo el año.

El plan de integración específico de cada caso integra las medidas a adoptar desde una perspectiva biopsicosocial, que engloba todas las áreas de actuación con el menor. Los menores son seguidos por los especialistas de las unidades de salud mental del Sergas (Servicio Galego de Saúde) que establecen las pautas de actuación desde el punto de vista psiquiátrico, complementadas con el proyecto de intervención elaborado por el equipo técnico del menor de las delegaciones provinciales en colaboración con el personal del centro, formado por un equipo especializado en este ámbito.

Centro Fogar de Cecebre

Creado recientemente, con un total de 8 plazas. Está destinado a menores de menos de 14 años que no tienen responsabilidad penal y que hayan cometido delitos, y abier-

to asimismo a la población de menores de conducta conflictiva.

2. Programas:

Esta Dirección General en el marco del III PIAF (2002-2005), con el ánimo de promover la protección global de la familia, desarrolla a través de sus programas un conjunto de actuaciones y medidas de carácter preventivo y compensatorio, de las que aquí destacamos brevemente aquellas de mayor relevancia preventiva en el ámbito de protección de menores:

- a) *Programa de orientación y/o mediación familiar*. (GOF). Servicio público, especializado en la atención a los conflictos familiares, que inicia su actividad en el año 1994. Está constituido por cuatro equipos provinciales formados por psicólogo, trabajador social y licenciado en derecho que actúan en las delegaciones provinciales en colaboración con el equipo técnico del menor. Realizan funciones de asesoramiento sobre recursos, apoyo psicológico e intervención en los procesos de crisis o ruptura familiar.
- b) *Programa de educación familiar*. Destinado a la intervención social de carácter integral en núcleos familiares en situación de dificultad o riesgo, con el objetivo de capacitar a los adultos en sus roles parentales de carácter normalizado.
- c) *Programa de apoyo a familias en cuyo seno se produce violencia familiar*. Dirigido a la intervención urgente y especializada con menores maltratados y/o abusados, con los miembros de la familia que lo precisen y deseen, y con el agresor si fuese posible.
- d) *Programa para menores en situación de dificultad social* (PIF), consistente en la atención y tratamiento a menores y familias en las que se produzcan maltrato infantil con el objetivo de preservar la unidad familiar

y/o la reincorporación del menor a la misma, desde su situación de internamiento o acogimiento.

- e) *Programa de acogimiento familiar*. Recurso que ofrece a los menores en situación de desprotección, un contexto alternativo a la institucionalización para cubrir sus necesidades integrales de desarrollo. Los programas c), d) y e) se llevan a cabo por equipos multiprofesionales (psicólogos, educadores y trabajadores sociales) de ámbito provincial especializados en sus respectivas áreas de actuación, que prestan sus servicios en colaboración con el equipo técnico del menor dependiente de las delegaciones provinciales y en coordinación con la red de recursos sociales comunitarios.
- f) *Programa Construindo Saúde*. Destinado a la población de los centros y estructurado en torno a dos objetivos:
 - Prevención de violencia y consumo de sustancias tóxicas.
 - Potenciación de la competencia psicosocial de los menores institucionalizados.
- g) *Ayudas de prevención y apoyo para la integración del menor*. Estas ayudas se destinan a las familias en situaciones carenciales graves, para evitar la desestructuración de la unidad familiar y favorecer la permanencia del menor en su medio.
- h) *Teléfono do Neno*. Servicio público —24 horas— a cargo de un equipo especializado, destinado a la prevención, detección y tratamiento del maltrato a la infancia a través de la ayuda, orientación e intervención inmediata en situaciones urgentes.

3. Otros recursos:

- *Equipos Técnicos del Menor*. Dependientes de las delegaciones provinciales, constituidos por psicólogo,

pedagogo y trabajador social y destinados a funciones de seguimientos de los programas, actuaciones y medidas en funcionamiento; recepción y valoración de los casos en posible desprotección y elaboración del plan de actuación con cada menor, así como la coordinación de las actuaciones con las personas e instituciones implicadas en la problemática de los menores.

- *Psicólogos de apoyo.* Dependientes de las delegaciones provinciales y destinados a la atención de la población de menores atendidos en la red de centros de la consellería. Realizan funciones de prevención e intervención actuando desde tres ámbitos: los menores, el equipo educativo de los centros y las familias y otros recursos pertinentes en su caso.

- *Órganos Colegiados:*

- *Comisiones Técnicas Interinstitucionales del Menor.* Órganos adscritos a las delegaciones provinciales de la Consellería de Familia que actúan como órgano consultivo y asesor de la administración de la comunidad autónoma, encargados de proponer y ejecutar las pautas conjuntas en los casos graves que no puedan ser resueltos por las instituciones y servicios de atención ordinaria.

- *Comisión Gallega Interinstitucional del Menor.* Órgano adscrito a la Consellería de Familia de ámbito autonómico y destinado a la coordinación de las Comisiones Técnicas Interinstitucionales del menor y al establecimiento de directrices y planes de actuación.

- *Observatorio Galego da Infancia.* Órgano colegiado de carácter consultivo y de apoyo al desarrollo de las políticas socio-familiares, adscrito a la Consellería de Familia, encargado de analizar desde una perspectiva integral e interdisciplinaria la situación de la familia en la comunidad autónoma, y

formular propuestas y recomendaciones tendentes a optimizar la actuación de la administración autonómica en esta área.

B) Para menores sometidos a medidas judiciales derivadas de la L.O. 5/2000

- Para la ejecución de internamientos terapéuticos:
 - *Centro de Atención Específica Montefiz* (17 plazas de internamiento + 2 de atención de día, gestionado por la Fundación Internacional O' Belén).
- Para la ejecución de otros tipos de internamiento:
 - *2 centros de internamiento en régimen cerrado* (39 plazas).
 - *4 centros para internamientos abiertos y semiabiertos* (89 plazas).

	N.º de centros	N.º de plazas
Centros de internamiento terapéutico	1	10 de internamiento 2 de atenc. de día
Centros de internamiento cerrado	2	39
Centros de internamiento abierto y semiabierto	4	89 (*)

(*) Tres de los centros de internamiento abierto y semiabierto son utilizados también para menores de protección con problemas conductas.

- Para la ejecución de la medida de tratamiento ambulatorio:
 - Se usan tanto las *Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles* como las *Unidades de Salud Mental de adultos* (ambas dependientes del SERGAS).

4. Intervención

A) Problemática

Todos los autores parecen estar de acuerdo en la multi-causalidad de los trastornos del comportamiento. Se habla de determinantes *sociales* (pertener a las zonas pobres de las ciudades, niveles socioeconómicos bajos, escuelas pedagógicamente más desfavorecidas, presencia de modelos de conducta delictiva,...), factores familiares (disciplina altamente punitiva, incoherencia y permisividad excesiva, escasa o nula supervisión,...) o biológicos (padres biológicos con personalidad antisocial,...).

La intervención tiene que ser pues *polidimensional*: entrenamiento educativo de los padres y terapia familiar, psicoterapias de tipo cognitivo, utilización de psicofármacos, medidas institucionales (escuelas especiales, centros de reeducación,...), no olvidándose de que además de medidas *correctoras* son necesarias *medidas preventivas*.

No vamos a entrar aquí, sin embargo, a analizar los tipos de intervención, ya que este análisis será hecho por otros técnicos durante este congreso.

Sí se analizará la problemática que desde la Dirección Xeral de Familia nos genera la intervención con menores con problemas de comportamiento y cómo (desde el punto de vista administrativo) la hemos intentado resolver.

Según las competencias atribuidas por ley, esta Dirección Xeral tiene bajo su responsabilidad:

- Menores en situación de desamparo, de los que se asume la *tutela administrativa*.
- Menores de los que se asume su *guarda*, cuando por circunstancias graves los padres no pueden cuidar al menor o cuando así lo acuerde el juez en los casos que legalmente proceden.
- Menores que sometidos a *medidas judiciales* derivan de la aplicación de la L.O. 5/2000.

Las principales problemáticas con las que se encontró la Dirección Xeral de Familia relacionadas con los menores que padecen trastornos de comportamiento han sido los siguientes:

- Elevado número de menores con esta problemática respecto de los cuales sus familias solicitan la guarda en centros de internamiento, a pesar de que no se da una situación de desamparo del menor sino más bien una situación de desprotección de la familia. La asunción de todas las guardas derivadas de situaciones de este tipo generaría, además de la saturación de la red de centros, un importante deterioro de la convivencia en los mismos.
- *Aumento del número de menores internos* (bajo tutela/guarda) que *presentan problemas de conducta* y consiguientemente aumento de la conflictividad en los centros.
- Los *centros* están concebidos como *recursos socio-educativos* no sociosanitarios, surgiendo muchos problemas para su abordaje.
- *Retrasos en las intervenciones y descoordinación entre los profesionales* que dependientes de distintas consellerías (Sanidad, Educación, Familia,...) tenían que intervenir.
- Demora en la concesión de citas por parte de los servicios de Salud Mental de cara a la ejecución de medidas judiciales de tratamiento ambulatorio y *falta de criterios claros en cuanto a los informes a emitir* (¿a quién?, ¿cuántos?).
- Necesidad de clasificación de cuáles son los *profesionales de referencia* en las distintas situaciones.

B) Protocolo de intervención (consellería de sanidade, educación e familia)

Para dar respuesta a toda esta problemática la Dirección Xeral de Familia emprendió las siguientes actuaciones:

- Creación de dos centros:
 - *Centro de Chavea* (Villagarcía de Arosa), con una capacidad de 10 plazas en régimen de internamiento destinado a menores tutelados con trastornos de conducta graves, diagnosticados previamente por los Unidades de Salud Mental.
 - *Centro de Atención Específica Montefiz*, con una capacidad de 17 plazas de internamiento más 2 de atención de día, destinado a menores sometidos a la medida judicial de internamiento terapéutico.
- Asignación de psicólogos de referencia para los distintos centros de menores.
- Creación de una comisión interdepartamental entre las Consellerías de Sanidad, de Educación y Ordenación Universitaria y de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado.

Fruto del trabajo de esta comisión interdepartamental se ha llegado a un acuerdo de colaboración con el que se pretende ordenar la intervención con los menores en situación de riesgo, desamparo o conflicto social con problemas de salud mental, en aquellos casos en que se vean implicadas las citadas consellerías.

El acuerdo contempla las actuaciones tanto en situaciones ordinarias como en situaciones de urgencia.

Respecto a las actuaciones en situaciones de urgencia se establecen:

- Las *personas* de los centros de menores o de los centros dependientes de la Consellería de Educación *responsables* de ponerse en *contacto con el 061*.
- La *utilización de un protocolo en materia de «trasladados e ingresos no voluntarios y urgentes de personas con enfermedades o trastornos mentales»*.

Respecto a las actuaciones en situaciones ordinarias (no de urgencia) se han establecido acuerdos relacionados con:

- Menores sometidos a la medida judicial de tratamiento ambulatorio.

- Menores sujetos bien a otro tipo de medidas judiciales bien a tutela o guarda.
- Menores que no están sujetos ni a medidas judiciales ni a tutela o guarda.

Para el primero de los casos en el que los menores se encuentran sometidos a la medida de tratamiento ambulatorio se ha acordado, entre otras cosas, lo siguiente:

- Nombrar interlocutores de cada Consellería.
- Establecer preferencia en la primera cita en las Unidades de Salud Mental (antes de 30 días).
- Establecer el proceso de solicitud en las mismas.
- Las personas que deben acompañar al menor a consulta.
- Informes a realizar, así como, las personas a quien deben remitirse.

En relación con los menores sujetos a otras medidas judiciales o a tutela o guarda se ha acordado lo siguiente:

- Que se hará una valoración previa por parte del psicólogo que designa cada delegación provincial de la Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado.
- Que dicho psicólogo determinará la necesidad o no de derivación a las Unidades de Salud Mental y del carácter ordinario o preferente de las consultas.
- El proceso de derivación.
- Que en los casos en los que los procedimientos acordados no sean suficientes, se dará traslado del caso, para su análisis, a la Comisión Interinstitucional del Menor.

En relación con la intervención con menores que no están sujetos a medidas judiciales ni a tutela o guarda se ha acordado entre otras cosas lo siguiente:

- Que cuando haya una demanda familiar de guarda y esta no proceda, pero existan problemas de conduc-

ta, será el equipo técnico del menor (de la Delegación Provincial correspondiente) el que valore si esos problemas requieren la intervención de la Unidad de Salud Mental (filtro previo).

- Que antes de hacer dicha derivación se hará un contacto previo con las Unidades de Salud Mental para establecer si es adecuada o no la derivación, así como la preferencia o no de la cita.
- Que, en estos casos, se realizará el proceso de atención correspondiente que incluirá un plan integral de intervención.

6. Reflexión final

Como ya se ha dicho cuando se comenzó a hablar de la intervención, además de medidas correctoras (las que se aplican una vez instaurado el trastorno) son necesarias *medidas preventivas*.

No quisiera, por tanto, finalizar este escrito sin hacer una breve referencia a este tipo de intervención que se revela de carácter prioritario en nuestro ámbito de actuación y especialmente desde las políticas sociales destinadas al sector de 0-3 años en conexión con las medidas integrales de apoyo a la familia.

Como es sabido, la influencia de factores familiares es decisiva en la aparición de los «trastornos de conducta» en la mayoría de los casos, y nuestra intervención ha de dirigirse siempre a la reducción de los factores de riesgo y a la potenciación de los factores de desarrollo armónico e integral.

El estilo educativo es uno de los factores, del que no debemos olvidarnos en nuestras políticas preventivas, destinadas a dotar a las familias de instrumentos y capacidades para afrontar las dificultades de variado signo que les afectan. En este sentido, la Dirección General de Familia ha desarrollado dos actuaciones: El Programa «Educar en Familia» y el Folleto sobre la Actuación Educativa de los Padres.

LOS NIÑOS CON TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO EN CATALUÑA

FEDERICO DIEGO ESPUNY

Directora Servicios Territoriales. Departamento de Justicia
Generalitat de Catalunya

Educar, en general, es una tarea difícil y complicada para la que nunca se siente uno suficientemente preparado. Hablamos de un más difícil todavía cuando tratamos de educar a niños y adolescentes con graves alteraciones y trastornos conductuales. Esta particular impotencia la viven padres, familiares, vecinos, maestros, profesores y también los equipos de educadores que intervienen con ellos. Todas estas personas, más allá de su carácter profesional, sufren muchas veces al encontrarse sobrepasados por la complejidad del problema, indefinición del encargo de intervención, escasos dispositivos de actuación eficaz en todos los casos por los continuos y sucesivos conflictos de convivencia que presenta este niño o adolescente difícil.

El itinerario seguido en el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos de comportamiento en Cataluña podría tener estos cuatro puntos de referencia:

1. *Demandas familiar y/o escolar.* En este momento inicial debe prestarse especial atención a las personas cuidadoras o al maestros/as quienes les atendieron hasta la fecha. También conviene apoyar al centro donde está

actualmente, para disponer de la perspectiva y continuidad necesaria para una adecuada intervención. Escucharles a ellos y clarificar sus posibilidades y debilidades es el primer paso para hacer una correcta valoración e intervención.

2. *Valoraciones o asesoramientos* consus respectivos informes técnicos o diagnósticos de cuatro equipos ínter y multiprofesionales:

- a) En el ámbito de la educación los EAPs (Equipos de Atención Psicopedagógica) y/o el psicopedagogo del IES (Instituto de educación secundaria) equipo psicopedagógico o gabinete correspondiente.
- b) En el ámbito de la salud, los CSMIJ (Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil) quienes atienden con carácter ambulatorio a los menores de edad con problemas sanitarios.
- c) En el ámbito de los servicios sociales especializados en menores en riesgo o desamparo¹, los EAIA (Equipos de Atención Infancia y Adolescencia) tienen el encargo de actuar a este nivel.
- d) En el ámbito de la justicia, los EAT (Equipos de Asesoramiento Técnico) del ministerio fiscal y del juez de menores deben proponer y ajustar la medida más adecuada.

En muchos casos los menores presentan problemas asociados y es necesaria la intervención de diferentes equipos. Se requiere una gran profesionalidad para asumir la parte que es propia y coordinarla con las otras intervenciones. Este es el primer y principal escollo para llegar a una intervención adecuada.

¹ La «situación de riesgo», como tipología formal definida por L 1/96 es motivo de intervención, en Cataluña, menos habitual que la «declaración del desamparo», suspensión de la patria potestad y la asunción de la tutela automática por parte de la Generalitat obteniendo una de las mayores tasas de menores tutelados de España.

Los departamentos (Educación, Salud, Bienestar y Familia, Justicia) a través de diferentes comisiones y modelos de actuación (*«El nou model d'atenció a la infància en risc a Catalunya. Línees estratègiques»*) se han esforzado para evitar el síndrome del «—este caso no es nuestro—» sin obtener todavía los resultadosy la coordinación deseada².

La gran carga familiar, escolar y socialque representan estos niños conflictivos generalmente deriva en una clara demanda mayoritaria, incluso entre profesionales de ingreso en centro. El reducido tiempo de estancia y las pocas plazas existentes en estos Centros especializados, exigen que se busquen en cada caso, salidas más normalizadas para que los ingresos en centro sean un recurso adecuado «para este caso» y por un tiempo »pre establecido» más que un meroalivio para la comunidad.

3. *Intervención intensiva tan preventivay normalizada como sea posible.* La intervención se iniciará cuanto antes desde la escuela y acabará, en los caso que lo requiera más allá de la mayoría de edad. Describode forma sucesiva y breve los programas más consolidados así como los incipientes dispositivos de los cuatro departamentos de la Generalitatcompetentes en el tema: Educación, Salud, Bienestar y Justicia.

- a) En la educación infantil y primaria es posible la contratación de un educador de apoyo para que atienda

² *«a-El nou model d'atenció a la infància en risc a Catalunya. Línees estratègiques»* (Departament de Justicia 2001, páginas 161, es un documento de siete capítulos que analiza sucesivamente el marco conceptual, legal y competencial, así como el de intervención, mapa de recursos e inventario de programas, y en los capítulos 6 y 7, las líneas básicas y presupuestarias para su realización.

b- *Mira-t'ho bé-*(Departament de Justicia, 2003) es un catálogo o recopilación de Medidas de prevención de *conductas de riesgo en jóvenes de 12 a 18 años* (programas o servicios): a) movilidad segura; b) consumo de drogas; c) prácticas sexuales de riesgo; d) trastornos de la conducta alimentaria; e) integración escolar; f) integración social; g) prevención general. Materiales para profesionales de la educación.

- en el horario escolar y de forma individualizada, dentro del propio centro público en el que está matriculado. (caso Andreu)
- b) En la educación secundaria obligatoria también puede disponer del apoyo compartido del psicopedagogo y adscribir a los alumnos a las UEC (unidades de escolarización compartida) o a las UEE (unidades de escolarización externa) ambos con programas muy individualizados.
 - c) En el sistema de salud, tras la valoración y tratamiento ambulatorio se pueden prescribir ingresos en los centros de referencia de la red pública de salud mental, mereciendo especial atención:

- Los cortos ingresos en el Hospital de Sant Joan de Déu.
- Las estancias medias entorno a un mes en la Unidad de Crisis para Adolescentes (UCA) que con 25 plazas funciona desde 1994 atendiendo adolescentes y jóvenes con brotes o crisis, es decir, agudos, en Complejo asistencial en Salud Mental Benito Menni (integrado en el psiquiátrico de Sant Boi). Nueve años después ha sido completada en septiembre de 2003 por una nueva Unidad para subagudos (USA) con otras 25 plazas para estancias poco más largas, es decir entre dos y tres meses, debido que por la propia enfermedad es difícil el regreso a la familia o grupo educativo.

Las dos unidades se ubican ahora en una nueva instalación separada completamente de los adultos y con instalaciones específicas, como el gimnasio, que son más propias para esta edad. El edificio de cuatro plantas con una superficie de 2.200m² y con una inversión nueva de 2,5 millones de euros, se estima que tiene un coste anual de funcionamiento de 1,6 millones de euros. Los fondos sido aportados tanto por el propio centro propiedad de las Hermanas hos-

pitalarias del Sagrado Corazón como también por el Servicio Catalán de Salud (CatSalut).

- d) En el ámbito socio-sanitario existe un Centro especializado en trastornos de conducta de 25 plazas («Can Rubio», antiguo «El Garraf» y actualmente ubicado en Esparraguera) de titularidad pública cuya dirección, educadores y gestión pertenecen a los servicios sociales mientras que los facultativos, psicólogos, psiquiatras y enfermera forman parte del sistema catalán de salud.
- e) En el ámbito socioasistencial de menores, existen dos Centros residenciales de atención educativa (CRAEs) intensiva y con medidas de separación de grupo o aislamiento de acuerdo con la legislación vigente en Cataluña. «Els Castanyers» a Palau de Plegamans (BCN) con 36 plazas y «El Pedrenyal» a Sta. M^a de Palau Tordera (BCN) con 18 plazas, este último de gestión privada y carácter concertado con niveles de atención y contención suficientes para que, en ciertos casos y durante períodos preestablecidos, puedan acoger jóvenes con ciertos trastornos de comportamiento. En estos centros no existen médicos-psiquiatras en su plantilla, como en el anterior de carácter sociosanitario, sino que utilizan los servicios ofrecidos por la red pública o los contratan a terceros proveedores en casos excepcionales.
- f) En el ámbito de la justicia juvenil existen dos redes de recursos que cuando la jurisdicción de menores así lo acuerda, intervienen con adolescentes con trastornos de conducta. La primera red son los educadores de medio abierto (antiguos DAM) que tras la valoración inicial podrán ejecutar medidas como el tratamiento ambulatorio y otras en contacto con dos dispositivos muy específicos: un centro educativo y de observación para medidas cautelares «Els Tilers» con 75 plazas de titularidad pública y una iniciativa privada con

10 plazas concertadas para ejecutar medidas de internamiento terapéutico.

La atención a las deficiencias y trastornos mentales han sido en Cataluña un tema de renombrada tradición³ pero sin especial continuidad ni notoriedad en el ámbito de los trastornos de comportamiento.

La pretensión de hacerlo de forma «científica» no oculta que la mayor parte de los profesionales (médicos, maestros, psicólogos, pedagogos, educadores sociales, monitores y técnicos) en general, sean ahora, en el esforzado desarrollo de esta difícil tarea tan desconocidos como lo fueron ayer sus predecesores.

Esta es una labor en la sombra, en un escenario particular, con escasa relevancia pública, con niños y personas normalmente desconocidas y marginales⁴ y poco influyentes desde el punto de vista social, lo que hace que su trabajo carezca muchas veces del reconocimiento público que la actividad en sí merece.

Una atención particular merecen por el mandato de atención integral tienen los centros residenciales cuando han sido separados, siempre temporalmente aunque en muchos casos no deje de ser un «eufemismo tranquilizador y políticamente correcto», de su núcleo de convivencia al apreciar una graves dificultades de convivencia.

³ Desde los trabajos de Lluís Folch i Torres (1877-1928) en Torremar. Su institución para niños deficientes en Vilassar de Mar, única en su género en Cataluña hasta 1936 o los estudios de F. Tosquelles i Llauradó (1912-1994) con niños psicóticos en la línea del análisis institucional. O los más recientes del médico y pedagogo Lluís Folch i Camarasa (1913-1999) sucesivamente en los servicios de psiquiatría infantil en el hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1941-1980) y en el Hospital de Sant Joan de Déu (1960-1962) o durante su docencia en la Universidad de Barcelona (1956-82).

⁴ Los puntos de referencia del sistema de demanda, asesoramiento e intervención con trastornos de comportamiento están referido todavía a los servicios públicos que atienden a toda la población en dificultad tan específica como los Menores Indocumentados No Acompañados. Cf. Capdevila, M. y Ferrer, M. (2003) MEINA. Centre d'Estudis Jurídics. Departament de Justicia. Generalitat de Catalunya.

4. Innovación, investigación y formación práctica de profesionales.

Necesitamos desarrollar sistemas de detección precoz, instrumentos de filtraje, identificación específica, entrevista clínica (Le Blanc MASPAE, 2003⁵) y sobre todo de intervención que se anticipa al desarrollo de las graves dificultades y que apoye tanto a los progenitores como a sus sustitutos y consiga facilitar el camino de los educadores, ayudarles ofreciéndoles, por una parte, la información técnica suficiente acerca de los distintos modelos y corrientes psicopedagógicas más importantes y, por otra parte, las pistas que les permitan desarrollar su trabajo cotidiano con menos estrés y mayor eficacia.

Los servicios de salud mental y los servicios sociales en general, así como los responsables de los menores en dificultad en particular, por su propio trabajo, tienen información⁶ que les permite saber dónde están los problemas, cuá-

⁵ Medidas de Adaptación Social y Personal de Adolescentes Españoles (MASPAE) Rev. Universidad de Salamanca.

⁶ Hace dos años, a finales de 2002 se celebró en Barcelona el primer Congreso catalán de salud mental del niño y del adolescente, ahora, dos años después, se está preparando el segundo congreso previsto para el 17 y 18 de noviembre de 2005. La elección de los títulos y mesas puede indicar los aspectos que preocupan en el sector, con los siguientes temas: «Adolescencia y las nuevas necesidades en Salud Mental: en búsqueda de factores de protección».

- Expresión clínica, escolar, laboral, social, justicia y cívica del adolescente sa.
- Factores de protección que han intervenido los adolescentes en riesgo.
- Propuestas para la potenciación de la salud mental y la prevención de la psicopatología.

Manifestaciones de la psicopatología en la etapa adolescente en los diferentes ámbitos:

(Clínico, Sanitario, Escolar, Prelaboral, Laboral, Social, de Justicia Juvenil, Cívica i comunitaria. Educación Social, DGAIA)

Terapéuticas, medidas de prevención y factores de protección.
(Asistenciales, Escolares, Laborales, Justicia, Sociales, Cívicas y comunitarias).

La necesidad de un plan integral; Pronóstico y continuidad asistencial; Coordinación profesional de la red de adultos especialmente enfocada a la continuidad a partir de los 18 años y de las posibilidades de continuidad asistencial en relación con el trabajo en red.

les son las carencias; pero debemos seguir conociendo cómo abordar de forma satisfactoria y resolutiva las situaciones críticas, qué respuestas resultan más eficaces y cuántas veces se puede «volver a empezar».

El trabajo del educador es duro y apenas admite respuestas convencionales, porque cada niño es único y guarda dentro de sí infinidad de situaciones, sentimientos, experiencias, capacidades, emociones, recuerdos y momentos vividos, que no siempre es posible conocer, interpretar o entender a primera vista. Sólo con la formación permanente, grandes dosis de paciencia, de capacidad de diálogo y de esperanza y el convencimiento de que todos tenemos capacidades y posibilidades de salir de las situaciones más conflictivas, seremos capaces de avanzar en esta ardua, apasionante e importantísima tarea de educar y acompañar en su desarrollo vital a los niños que presentan las más graves dificultades de relación y comunicación.

III

MESA REDONDA: INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR

PROYECTO METRA: ESTUDIO SOBRE LOS MENORES Y SUS FAMILIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

CECILIA SIMÓN RUEDA, VIRGINIA CAGIGAL DE GREGORIO,
MARÍA PRIETO URSÚA Y MARTA SANDOVAL MENA
Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

INTRODUCCIÓN

Los resultados forman parte de los obtenidos en el proyecto de investigación titulado «*Menores con Trastornos Psíquicos: Situación y necesidades de los menores y de sus familias en la Comunidad de Madrid*», que surge a iniciativa de las Fundaciones Realiza y Carmen Pardo-Valcarce y ha sido financiado por la Fundación Ramón Areces y la propia Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Sus objetivos generales han sido los siguientes:

- Analizar desde una perspectiva multidisciplinar la situación de los menores con trastornos mentales y la de sus familias en la Comunidad de Madrid. Para ello, se estudió su problemática, sus necesidades y sus recursos, así como el tipo de atención recibida desde diferentes ámbitos (sanitario, educativo, psicológico, jurídico, etc.).
- Formular propuestas de intervención adecuadas a las necesidades y recursos, tanto para estos niños y adolescentes como para su entorno (familiar y profesional).

El equipo que ha realizado la investigación, llamado Equipo Metra¹, está formado por profesionales de ámbitos muy diferentes (psicólogos, psiquiatra, pedagogo, psicopedagogo, sociólogo y jurista).

Para la consecución del primer objetivo se han llevado cabo, en un primer momento, dos estudios independientes. Los resultados generales de estos estudios pueden consultarse en Equipo METRA (2003a). Por otro lado, se han laborado una serie de materiales relacionados con el segundo objetivo, como son Equipo METRA (b, c y d).

En relación con el primer estudio mencionado (*Análisis de la situación de los menores con trastornos psíquicos atendidos en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y de sus familias*²), la muestra está formada por: a) Menores con trastornos, consideramos como tales menores con Trastornos Mentales y del Comportamiento definidos desde la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de edad comprendida entre los 6 y los 18 años, y que están siendo atendidos en el momento de realizar la investigación en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, b) Familias de estos menores, y c) Profesionales del ámbito escolar/centros educativos relacionados con estos menores.

Se desarrolló un procedimiento en dos fases. En la **primera fase**, a partir de un instrumento diseñado para ser

¹ Cecilia Simón, Ángeles Blanco, María Prieto, Rosa Salas, Alberto Serrano, Carmen Sierra, Jorge Uroz, César Asensio, Virginia Cagigal, Marta Sandoval. Además, se ha contado con la participación de los siguientes profesionales de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid: Sara Alejos, Ana Rosa Álvarez, Ángeles Castro, José Carlos Espín, Angélica Esteban, Raúl García, Félix García-Villanova, Mar Jiménez, Ángeles Lassaleta, Ana María López, Mª del Valle Martín, Mª Victoria Martín, Felicitas Sánchez, Virgilio Traid y Carmen Villanueva. En el estudio piloto se contó con la colaboración de Lourdes Martín.

² Este estudio se ha realizado gracias a un convenio de colaboración con la Consejería de Sanidad y con la colaboración del Instituto Madrileño del Menor y de la Familia de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Asimismo, cuenta con la valoración positiva del Comité Ético de Investigación Clínica Regional de la Comunidad de Madrid.

cumplimentado por psiquiatras y/o psicólogos de los centros de Salud Mental, se recogió información general de 972 menores con las características anteriormente descritas. La **segunda fase** se centra de forma más específica en aquellos menores cuyo trastorno implica una gravedad mayor, a partir de criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su cuarta revisión (DSM IV). En esta fase se cuenta con información de 92 menores, 86 familias³ y 37 tutores de los centros educativos en los que estaban escolarizados estos menores.

El segundo estudio (*Análisis de la situación de los menores con trastornos psíquicos y de sus familias: la perspectiva de las Asociaciones y Fundaciones*⁴) profundiza específicamente en la situación y necesidades de los menores y de sus familias con el tipo de diagnósticos más frecuentes encontrados en el estudio anterior: *Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia*. En este caso la muestra ha estado formada por: a) Menores con trastornos mentales, en este caso hablamos de menores con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años, vinculados a través de su familia, a una Asociación o Fundación reconocida legalmente y cuyos fines se relacionan de modo directo con el trastorno que presenta el menor. Todos los menores del estudio tienen un diagnóstico emitido por un profesional cualificado adscrito a una institución pública o privada y, además, obtienen una puntuación en el Listado de conductas infantiles para padres de Achenbach (1991) (Child Behavior Checklist-CBCL-) por encima de los puntos de cor-

³ En otros seis casos los menores seleccionados se encontraban bajo la tutela de la Comunidad de Madrid

⁴ Este estudio se ha realizado gracias a la colaboración del Instituto Madrileño del Menor y de la Familia de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, la Fundación Carmen Pardo Valcarce, la Asociación de Niños con Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención (ANSHDA), la Fundación Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR), la Fundación Educación-Activa y la-Asociación pro Deficientes Mentales de Parla (ADEMPA).

te establecidos para la identificación de muestra clínica, b) Familia de estos menores y c) Profesionales del ámbito escolar relacionados con estos menores.

En este caso, se recoge una amplia información de un total de 42 menores dentro de la categoría diagnóstica mencionada⁵. Por otro lado, en una primera fase se cuenta con información de 42 familias, de las que 31 accedieron voluntariamente a colaborar en una segunda fase de recogida de información. Complementariamente se incorpora al estudio una muestra de 16 tutores de los centros escolares en los que se encuentran escolarizados los menores.

Como marco general para la discusión posterior, tan sólo señalar que los diagnósticos emitidos en mayor medida en la primera fase del primer estudio, ordenados por su frecuencia de aparición y organizados en categorías principales siguiendo los criterios de la CIE-10, han sido (se mencionan categorías diagnósticas que agrupan al menos a un 5% de la muestra, es decir, aproximadamente 50 sujetos): *Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia* (F93), *Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación* (F43), *Trastornos hipercinéticos* (F90), *Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia* (F98), *Trastornos disociales* (F91) y *Trastornos disociales y de las emociones mixtos* (F92).

INTERVENCIÓN CON EL MENOR: RESULTADOS SOBRE RECURSOS PERSONALES Y NECESIDADES DEL MENOR, Y ÁREAS PRIORITARIAS DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Nuestra investigación no ha tenido un fin únicamente descriptivo; para nosotros, las variables relacionadas con el

⁵ Cinco menores se encuentran bajo la tutela de la Comunidad de Madrid, por lo que el análisis de su situación requirió nuevamente la colaboración del Instituto Madrileño del Menor y de la Familia.

menor más interesantes a estudiar son aquellas que permiten diseñar y proponer pautas de intervención concretas para controlar los niveles de vulnerabilidad, mediante la disminución de los factores de riesgo y aumento de los factores de protección.

En el grupo de factores de riesgo se incluirían aquellas variables cuya presencia incrementa la probabilidad de padecer un trastorno emocional o conductual, en comparación con una muestra al azar de sujetos de la población general. Dentro de este grupo se suelen distinguir factores biológicos o genéticos, factores sociales, factores familiares y otros factores de riesgo (acontecimientos vitales traumáticos, soledad o aislamiento, etc).

Los factores de protección son aquellas variables que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún estresor ambiental que predispondría hacia una mala evaluación. De momento, las investigaciones epidemiológicas han señalado ya los siguientes:

- Competencia social.
- El apoyo social.
- La habilidad para conseguir gratificaciones del medio que le rodea y de aprovechar de forma positiva y productiva su tiempo libre.
- Estrategias de afrontamiento adecuadas.

En el caso de los menores, este enfoque es especialmente interesante, dado que, por la enorme plasticidad de esta población, las orientaciones dirigidas a estos objetivos, más que «rehabilitadoras», podrían ser consideradas «habilitadoras». Es decir, un conocimiento adecuado de los recursos y necesidades de estos menores posibilitaría un trabajo que, desde este enfoque integrador, bien podría considerarse como preventivo.

Los resultados de nuestro estudio muestran datos muy interesantes sobre estas cuestiones:

1. Respecto a la competencia social: la mayoría de los padres consultados perciben algo inadecuado en la forma en que sus hijos se relacionan con los demás. Los sujetos de la muestra (según sus padres) parecen tener especiales dificultades para defender sus derechos, para rechazar peticiones que consideren poco razonables y para escuchar al otro. Las habilidades sociales más deficitarias en los sujetos de nuestro estudio son aquellas relacionadas con la conducta asertiva. Además, los sujetos muestran un nivel medio-bajo en cuanto a la conflictividad presente en las relaciones que establecen, encontrándose ésta centrada en las relaciones familiares y en el ámbito escolar.
2. El nivel de autonomía de los menores de la muestra no se encuentra muy deteriorado, ya que la mayoría de los sujetos con capaces de realizar con una calidad alta, las tareas básicas de las principales áreas de autocuidado evaluadas. Sin embargo, hemos observado un elevado índice de sobreprotección general: con frecuencia otra persona realiza tareas que el menor podría realizar por sí mismo.
3. Las estrategias de afrontamiento que muestran los menores son inadecuadas e ineeficaces, y apuntan a una clara necesidad de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, autocontrol y manejo de conflictos. Los sujetos de nuestra muestra no sólo carecen de las habilidades necesarias para manejarse en situaciones problemáticas, sino que además, el número o la intensidad de este tipo de situaciones es mayor que en el resto de la población, lo que contribuye a señalar la habilitación de estas estrategias como claramente prioritaria en el trabajo con los menores con trastornos mentales graves. Es decir, la combinación de una clara necesidad de habilidades para manejar situaciones estresantes junto con una elevada presencia de éstas

- está señalando un camino de intervención prioritario en la atención a estos menores.
4. Aunque se ha encontrado un elevado número de actividades de ocio y tiempo libre, es interesante, sin embargo, potenciar las actividades relacionadas con el ejercicio físico, e incrementar la satisfacción que el menor consigue con su empleo del ocio.

Respecto a las necesidades psicoeducativas detectadas a raíz de nuestro estudio, encontramos que los tutores se consideran insuficientemente formados para ofrecer una adecuada atención a los alumnos con trastornos mentales, tanto en el plano del conocimiento de sus manifestaciones conductuales, como en el de las medidas de control de las conductas disruptivas y su eficacia según las situaciones. Por otra parte, existe un considerable retraso escolar en estos menores, estando más de la mitad de ellos en cursos inferiores a los que les corresponderían por edad. Y por último, los datos muestran también un porcentaje importante de alumnos que han cambiado de centro por motivos relacionados con problemas derivados del trastorno del menor.

INTERVENCIÓN FAMILIAR

La tarea de ser padre o madre comporta importantes responsabilidades y requiere habilidades que los padres y madres no tienen de forma innata. En el caso de los padres de menores que padecen algún trastorno, la exigencia y desorientación se ve agravada, ya que se han de enfrentar, además de a las dificultades inherentes al papel parental, a situaciones especialmente difíciles y problemáticas, incrementándose el estrés y la carga familiar que esta situación comporta. El estrés al que estas familias se ven sometidas dificulta la respuesta familiar adecuada a las necesidades del menor, lo que contribuye a la intensificación y/o cronifica-

ción de los síntomas y, a su vez, otros miembros del sistema familiar pueden presentar sintomatología psicopatológica con mayor frecuencia que la población general.

Al abordar la situación de los menores con trastornos mentales es fundamental trabajar con las familias de estos menores. Sin embargo, existen pocos estudios que, considerando las características fundamentales de estas familias en aquellas variables más relevantes para el curso y evolución del trastorno del menor, formulen propuestas concretas y prácticas a la hora de la intervención. Si a esto añadimos la sobrecarga de trabajo y el poco tiempo del que habitualmente disponen los profesionales que trabajan con menores con trastornos mentales para dialogar detenidamente con las familias, el resultado es que intervenciones importantes no resultan todo lo eficaces que podrían ser, e incluso surgen en ocasiones auténticas «resistencias» por parte de los familiares.

1. Necesidades familiares

Entre los problemas que con más frecuencia señalan los padres se encuentran (Equipo METRA, 2003a):

— *Agresividad*. Muchos de los menores presentan dificultades para afrontar los problemas de forma adecuada sin hacer uso de la agresividad y la violencia. Cuando se enfrentan a una situación conflictiva, los menores tienden a alterarse mucho, a ponerse nerviosos, a mostrar comportamientos violentos o a aislar. Además, el motivo más frecuentemente citado por los padres para acudir a la consulta del Centro de Salud Mental está relacionado con la agresividad del menor hacia otros menores o hacia los adultos. Las respuestas agresivas son fuente de gran tensión emocional y, con cierta frecuencia, provocan miedo por la integridad física de los propios padres y de los hermanos.

- *Comunicación*. En general las familias señalan un incremento en la frecuencia y la intensidad de las discusiones y problemas en la comunicación, tanto en la propia pareja parental como entre los hermanos, y entre padres y hermanos.
- *Estados de ánimo disfóricos*. Algunos padres indican que sufren angustia, grave preocupación, depresión, como consecuencia de la situación en la que se encuentra su hijo y de los problemas que genera. Por otra parte, es frecuente el desarrollo de autoculpabilización y el descenso de la autoestima, que dificultan enormemente el correcto desempeño de las tareas educativas.
- *Problemas de pareja*. Parece que la pareja parental suele sufrir tensión y conflicto en relación con temas que atañen al manejo del menor o a la relación del menor con otras personas. La relación de pareja se resiente al tener que afrontar de forma constante situaciones difíciles y negativas, al tener que tomar constantemente decisiones para las que no se sienten preparados, y al ver mermado tanto el tiempo que pueden dedicarse el uno al otro como la energía para mantener un nivel de implicación conyugal elevado. Por otra parte, el alto nivel de conflictividad entre los padres también constituye un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos en los menores.
- *Sobrecarga familiar*. Tanto el manejo de las reacciones del menor y de otras personas del entorno social como la satisfacción de las necesidades del menor y del resto de miembros del sistema familiar suponen una importante carga para la familia.
- *Problemas de los hermanos*. El ambiente de tensión en el que estos menores viven, la reducción en el tiempo y la atención que reciben de sus padres, la vivencia constante de un modelo inadecuado de respuesta ante problemas (el hermano con el trastor-

no), etc. son factores que pueden contribuir a la alteración psicológica de los hermanos del menor con el trastorno.

— *Aislamiento social*. En algunos casos, se encuentran familias sin apenas apoyo social. Por una parte, el trastorno del menor tiene un significado social, según el entorno y el medio, que muchas veces produce un estigma, o al menos la familia se percibe a sí misma como estigmatizada. Por otra parte, el tiempo disponible por la familia para establecer contactos y relaciones sociales se ve claramente disminuido debido a la gran demanda de atención y ayuda que el trastorno del menor supone.

— *Control parental inadecuado de la conducta del menor y falta de acuerdo entre los padres sobre disciplina*. Byrne y Carr(1995) señalan que para los casos de Trastorno de conducta y Trastorno mixto de las emociones y de la conducta el control parental inadecuado es una variable significativa, entendiendo éste como ausencia importante de control efectivo o supervisión de las actividades del niño en relación con la madurez del niño y el contexto socio-familiar. Por otra parte y también en lo relativo a la disciplina que imponen los padres a los hijos, diversos autores señalan que la falta de acuerdo es un importante factor de riesgo para el desarrollo de problemas de conducta (Henry, Moffitt, Robins, Earls y Silva, 1993, cit. por Toupin et al., 2000), y otros autores señalan la relevancia de la falta de capacidad de los padres de asumir en conjunto la tarea educativa (Haley, 1995; Minuchin, 1967).

Dentro del grupo de las familias con una necesidad especial de atención encontramos:

- Familias con hijos adolescentes.
- Familias monoparentales y familias reconstituidas.

- Antecedentes psiquiátricos familiares.
- Elevado conflicto.

2. Recursos familiares

Cada vez con más frecuencia se incorpora en la intervención psicoterapéutica el trabajo sobre los recursos propios percibidos por los pacientes. Si el profesional puede conocer estas fortalezas cuando evalúa e interviene con las familias, podrá potenciar los aspectos más positivos de cada familia para lograr una buena alianza terapéutica y el mayor aprovechamiento de la intervención por parte de los padres y del propio menor.

a) Recursos relationales

Uno de los aspectos que estas familias valoran más es la unión, así como el cariño o amor entre ellos y el intercambio de afecto. Además se valora la relación positiva, el respeto y armonía en las relaciones; también son considerados importantes valores en estas familias la ayuda y apoyo y, por último, la comunicación y la capacidad de diversión en común.

b) Recursos para el control y modificación de problemas de conducta

El trastorno del menor suele conllevar, como ya hemos visto, una serie de situaciones problemáticas difíciles de manejar, como agresividad, delirios, conductas autolesivas, etc. Cuando se presentan estas situaciones se hace imprescindible actuar para controlar los posibles efectos de estos comportamientos, y en no pocas ocasiones no se conoce

cuál sería la mejor manera de reaccionar. Cuando hemos intentado conocer con más profundidad los recursos de manejo de que disponen los padres, es decir, aquellas alternativas de respuesta que la familia tiene ante problemas relacionados con el trastorno del menor, con las que puede contar la familia para afrontar los problemas surgidos por el trastorno, encontramos que los métodos más frecuentemente utilizados para controlar el comportamiento del menor son razonar con él, el castigo, la recompensa y darle más cariño.

El grado medio de eficacia de los distintos métodos es moderado, aunque parecen apuntarse diferencias en la eficacia de unos métodos respecto a otros. En concreto, parece que dejarle hacer lo que quiere, castigarle o echarle de la habitación son los métodos percibidos como menos eficaces, mientras que premiarle cuando se porta bien y darle más cariño son los valorados como más eficaces. Es interesante comentar el hecho de que los padres emplean con mucha frecuencia métodos que consideran poco eficaces, lo que puede ser un indicador de la escasez de recursos con los que cuentan.

La capacidad de la familia para afrontar y manejar estas situaciones es un tipo de recurso que los padres consideran imprescindible incrementar. Los padres de los sujetos adolescentes, los padres de los menores con un trastorno más grave y los padres de niños con problemas de conducta externalizante son los que se sienten menos preparados para manejar el trastorno de sus hijos.

c) Apoyo social

La disponibilidad de personas de quienes recibir apoyo en un momento dado es una ayuda fundamental a la hora de enfrentarse a una situación tan estresante como puede ser la presencia de un trastorno en un menor dentro de la

familia. El apoyo social puede ser un promotor de la salud; este vínculo entre apoyo social y resultados de salud, tanto física como psicológica, está reconocido ampliamente en la literatura científica. Es importante también el papel de dicho apoyo en la satisfacción familiar, en especial cuando la familia se ve enfrentada a problemas crónicos y relevantes, como sería nuestro caso. Asimismo, parece que la calidad de la atención que puede dispensar la familia al miembro necesitado también estaría en relación con esta variable.

El estudio realizado recoge algunos datos al respecto. La mayoría de las familias de menores con trastornos creen que no se ofrece suficiente ayuda institucional a las familias en su situación: prácticamente todo el apoyo para estas familias proviene de familiares y amigos, apoyo que perciben y valoran de forma muy positiva. Entre las familias que no reciben apoyo de parte de familiares o amigos, con cierta frecuencia se encuentran creencias relacionadas con la necesidad de ser capaz de dar todo al hijo que lo necesita, de ser la persona que le puede ayudar en todo, como creencia de lo que constituye ser una «buena madre».

La principal fuente de apoyo es la ayuda de familiares, ayuda que asume una función instrumental que no se encuentra tan claramente en el caso de los amigos, siendo el apoyo emocional el más frecuentemente informado en ambos grupos. En concreto, de los familiares se recibe más frecuentemente ayuda económica, ayuda para el cuidado de personas, atención para algún problema específico del menor, consuelo y ánimo y distracción.

El apoyo informativo parece esperarse fundamentalmente de los profesionales a los que acuden a pedir ayuda. La mayoría de los padres considera que sería conveniente recibir más información sobre el trastorno, y en concreto, les gustaría ampliar la información recibida sobre dos aspectos principalmente: la forma de actuar ante el problema, es decir, pautas de intervención, y sobre las causas o explicaciones del comportamiento del menor.

3. Demandas de los padres a los profesionales e instituciones

Pocas veces se deja espacio a las familias para que planteen de forma concreta sus demandas, es decir, aquellos aspectos en los que les gustaría recibir ayuda o que creen que podrían mejorar la atención que recibe el menor. Cuando han podido expresarlas, encontramos que:

- Los padres se sienten escasamente preparados para manejar los problemas del menor y perciben un nivel medio de eficacia en los métodos que emplean. Este es uno de los temas en los que centran su demanda de información: pautas y *orientaciones de manejo y control del trastorno*, es decir, incrementar la preparación familiar para manejar el trastorno del menor y los problemas que de él se derivan.
- *Información* a las familias. Un alto porcentaje de las propuestas se centran en la necesidad de una mayor comunicación entre los profesionales y las familias, de que el profesional que atienda al menor ofrezca más información a la familia sobre el trastorno, el tratamiento, el pronóstico, el manejo del problema, etc. (con espacios reservados para las familias).
- *Formación*. Los padres parecen también detectar la necesidad de completar la formación de los profesionales sobre el trastorno de su hijo, realizar estudios completos del problema, potenciar la *investigación* sobre estos temas, facilitar la especialización de profesionales en cuestiones de salud mental infanto-juvenil, etc.
- Otra área en la que parece haber acuerdo entre los padres es la necesidad de colaboración, *coordinación* y trabajo conjunto entre todos los profesionales que atienden al menor, e incrementar la comunicación entre los profesionales y las familias.

- Es también frecuente la expresión de la propuesta de incrementar los *recursos* dirigidos a los menores con trastornos psíquicos graves, desde la contratación de más profesionales en los servicios de Salud Mental que agilicen el ritmo de visitas, o mayor continuidad de los profesionales en los centros, para no tener que empezar de nuevo cada poco tiempo, hasta más recursos en el ámbito escolar (adaptación de la metodología, menos niños por aula, profesores de apoyo, etc.).
- Por último, hay un aspecto que señalan algunas familias como importante, y es el referido a la *calidad humana* de la atención que se presta; en concreto, demandan que los profesionales muestren más atención e interés en el problema del niño y la familia, más comprensión y empatía.

De lo expuesto hasta aquí se derivan los contenidos o áreas prioritarias en las que creemos más relevantes centrar la intervención familiar. Estos contenidos incluirían el incremento de información y el trabajo con ideas irrationales, la administración de pautas y orientaciones para el control y el manejo de problemas de conducta, el entrenamiento en solución de problemas, la adquisición de habilidades de comunicación, la intervención sobre la cohesión y el conflicto familiar, el apoyo al cuidador primario y la potenciación de los recursos familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- ACHENBACH, T. (1991): «Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 profile». Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- BYRNE, J., y CARR, A. (1995): «Psychosocial profiles of Irish children with conduct disorders, mixed disorders of conduct and emotion and emotional disorders». *The Irish Journal of Psychology*, 16 (2), 117-132.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE MENORES «CAN RUBIÓ»: UN MODELO DE ABORDAJE

ROGER GAUSACHS I BEL

Director del Centro de Menores «Can Rubió» de Esparreguera.
Generalitat de Catalunya

INTRODUCCIÓN

El Centro Can Rubió tiene la voluntad de atender un sector de la población pre-adolescente y adolescente tutelados por la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) del Departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Catalunya que padecen trastornos mentales muy acusados y que requieren una asistencia (atención, tratamiento, intervención...) continuada y especializada.

Dado que el tratamiento de la patología psíquica de la población que se atiende no se puede hacer desde un recurso normalizado de la propia Dirección General ni tampoco desde los recursos existentes en la red pública de atención a la salud mental infanto-juvenil, se concibe y se articula un dispositivo que cubra las necesidades tanto terapéuticas como educativas del proceso evolutivo de estos jóvenes de edades comprendidas entre los doce y dieciocho años.

Con la finalidad de atender a esta población la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia y el Pro-

EQUIPO METRA (2003a): «Menores con trastornos psíquicos y contexto familiar. Un estudio en la Comunidad de Madrid». Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

EQUIPO METRA (2003b): «Las familias de los menores con trastornos psíquicos. Guía para profesionales». Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

EQUIPO METRA (2003c): «Hiperactividad y trastorno disocial en la escuela. Guía para educadores». Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

EQUIPO METRA (2003d): «Menores con trastornos psíquicos en la Comunidad de Madrid. Información y orientación para padres y profesionales». Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

HALEY, J. (1995). «Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar». Buenos Aires: Amorrotu.

MINUCHIN, S., y FISHMAN, H. C. (1984): «Técnicas de Terapia Familiar». Barcelona: Paidós.

TOUPIN, J.; DÉRY, M.; PAUZÉ, R.; MERCIER, H., y FORTIN, L. (2000): «Cognitive and Familial Contributions to Conduct Disorder in Children». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (3), 333-344.

WEBSTER-STRATTON, C. (1988): «Mothers' and Fathers' Perceptions of Child Deviance: Roles of Parent and Child Behaviors and Parent Adjustment». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 909-915.

grama de Salud Mental del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya firmaron, en el año 1.992, un convenio de colaboración según el cual se creó, en su momento, el Centro El Garraf, ubicado en la población de Sitges, como experiencia piloto en Catalunya.

En relación, al aspecto sanitario, el Programa de Salud Mental hizo, en su momento, el encargo al Hospital de San Juan de Dios, que sigue siendo nuestro referente.

El Centro se define pues, como un centro residencial de acción educativa intensiva y de tratamiento terapéutico. Funciona las veinticuatro horas del día durante todo el año y cuenta con un equipo educativo y clínico propio.

También se firmaron convenios de colaboración con Empresas de servicios que se hacen cargo de las instalaciones y el personal de servicios.

El centro está situado en el término municipal de Esparraguera, localidad del interior, aunque se encuentra fuera del núcleo urbano, de hecho es un centro ubicado en el ámbito rural. Se encuentra a unos cuarenta kilómetros de Barcelona y unos cincuenta de Tarragona y Lleida, dispone de una buena dotación de servicios públicos: hospital, escuelas, espacios deportivos. También dispone de una buena red de comunicaciones: autobuses, carreteras y autopista.

ANALISIS DEL CONTEXTO

El encargo fundamental que recibe el Centro es el tratar a los menores para contener y tratar los trastornos mentales que han hecho irrupción en su proceso evolutivo, ofreciéndoles psicoterapia y refuerzo psiquiátrico al mismo tiempo que una educación integral y compensadora adecuada a sus necesidades.

La finalidad del Centro, es la de organizar y reorganizar a los chicos y chicas a nivel mental para obtener el máximo nivel educativo y formativo, de acuerdo con sus capacida-

des, favoreciendo, de esta manera, su integración social y el acceso a la vida adulta con el mayor grado de normalidad posible.

La estancia en el Centro tiene que propiciar la atención de las necesidades de los chicos y las chicas dentro de un planteamiento global e integrador, que se define por:

- La asistencia y atención de las necesidades básicas del menor.
- Un tratamiento educativo y terapéutico continuado.
- La atención y potenciación de todos los aspectos que favorezcan el desarrollo armónico de su persona (relaciones, afectos, formación, desarrollo físico y/o psíquico, aptitudes...)
- Una atención a los vínculos familiares y sociales.

Todos estos aspectos tienen como última finalidad el permitir al chico y/o a la chica tomar conciencia de cual es su realidad personal y social, para poder iniciar un proceso positivo en la construcción de su proyecto de futuro.

Aspectos organizativos predeterminantes

El Centro basa su trabajo en ofrecer a la población que atiende un tratamiento institucional estructurante e individualizado desde una perspectiva interdisciplinar.

El enfoque interdisciplinar parte de un marco conceptual común y plantea una intervención integral en los menores contemplando las diferentes dimensiones de su persona: físicas, afectivas y emocionales, intelectuales y cognoscitivas, sociales y éticas. Se plantea un encuadre propio en función de la vertiente de intervención: psicológica, educativa, laboral y sanitaria

Esto implica a todos los profesionales hacer un esfuerzo previo de diseño de la intervención, buscando la máxima

coherencia entre las necesidades contenedoras de los menores y conseguir los objetivos educativos.

Características del centro

- Es un centro mixto con veinticinco plazas.
- Se define como altamente contenedor. La contención en este dispositivo pasa por el aspecto institucional, humano, mecánico y farmacológico
- Todo y ser un centro abierto los chicos/as realizan la mayor parte de las actividades diarias en el propio centro.
- A través de un horario muy estructurado a lo largo de la semana se da cobertura a todos los ámbitos de intervención que requieren los menores.
- Cuenta con dispositivos educativos de ámbito escolar, prelaboral, formativo, lúdico y deportivo
- Hay un dispositivo clínico propio integrado en la estructura del Centro, que ofrece tratamiento psicoterapéutico a los menores

Las relaciones de los chicos/as con el exterior son administradas des del propio centro, en función de las capacidades de cada uno de ellos, del momento evolutivo que se encuentran, las posibilidades de beneficiarse, la situación y estado de la familia o referentes.

Recursos Humanos

El centro cuenta con el personal siguiente:

- Dependiente del Departamento de Bienestar y Familia:
 - 1 director.
 - 1 subdirectora.
 - 26 educadores-as.

- Dependiente del Departamento de Enseñanza:
 - 2 maestros.

Dependiente del Departamento de Trabajo:

- 2 maestros de taller.

- Dependientes del Departamento de Sanidad:

- 1 psiquiatra (a tiempo parcial).

- 2 psicólogos.

- 1 enfermero.

- Dependiente de la Empresa de Servicios:

- Personal de mantenimiento.

- Cocineras, limpieza y ropa.

- Vigilantes de seguridad.

Características generales de la población atendida

Los menores atendidos en éste dispositivo están en situación de guarda temporal o tutela asumida por la Dirección General.

El centro atiende a menores de doce a dieciocho años, de ambos sexos con trastornos de personalidad y de comportamiento que necesitan un marco terapéutico residencial especializado, debido a la complejidad de sus trastornos.

Los chicos y las chicas residentes en el Centro Can Rubió presentan, por lo que hace a su patología, estas características:

- Diversos grados de desorganización psíquica.
- Evolución imprevisible que no permite predeterminar la duración de su estada.
- Inestabilidad emocional que se expresa a través del comportamiento.

De la misma manera, esta población tiene relevantes necesidades por lo que hace a las siguientes áreas:

- Físico-sanitarias.
- Afectivo relacionales.
- Intelectuales, cognoscitivas y de aprendizaje.

- Actitudinales, delante de la norma, el fracaso, la tolerancia, de valores sociales no integrados, de intereses.
- De capacidades y aptitudes.
- De relaciones y referentes familiares.
- Bajo nivel de escolarización, fracaso escolar o absentismo escolar.

Los chicos y chicas candidatos al Centro han de estar valorados y diagnosticados por el Centro de Salud Mental Infantil Juvenil de la zona de procedencia y haber agotado las posibilidades de tratamiento ambulatorio.

El centro está pensado para tratar patologías susceptibles de una evolución positiva significativa, en un periodo de entre dos meses y dos años.

Es por este motivo que se excluyen aquellas patologías que, por su severidad y cronicidad, no son susceptibles de mejora significativa en este periodo de tiempo, por consiguiente se han determinado unos criterios básicos.

Criterios básicos de exclusión

- Deficientes mentales de grado medio o agudos.
- Autismo.
- Psicosis precoces deficitarias.
- Psicosis agudas que requieran una contención continuada en un ámbito hospitalario.
- Trastornos ligados al uso continuado (dependencia) de drogas y/o alcohol.
- Trastornos de expresión somática y comportamental que requiera un régimen hospitalario (Anorexia mental).
- Adolescentes embarazadas.

Criterios básicos de ingreso

- Psicosis distímicas y trastornos psicóticos agudos y transitorio en la adolescencia, delante la imposibili-

dad/dificultad de tratamiento ambulatorio, pero que no se prevé la necesidad de contención hospitalaria continuada.

- Cuadros distítmicos depresivos (neuróticos).
- Trastornos de comportamiento insertados en desmonías evolutivas.
- Patología narcisista y/o anacáltica. Depresiones crónicas.
- Conductas de aislamiento (correspondientes a la ansiedad social de la infancia).

Procedimiento de ingreso

- *Ubicación (origen).*

El menor puede encontrarse en:

- Domicilio familiar, siendo atendido ambulatoriamente por los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia.
- En un centro de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia.

- *Demandas de asistencia psiquiátrica.*

En función de la ubicación del menor, la demanda de asistencia psiquiátrica será hecha al Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil, correspondiente y sus funciones serán las de diagnóstico, orientación tratamiento y seguimiento.

- *Evaluación de la situación.*

Se realiza conjuntamente por el Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA), el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) y el propio Centro.

- *Propuesta*

En el caso de plantearse la necesidad de ingreso, el EAIA o el Centro deberán de presentar la propuesta a la Dirección General, adjuntando los informes clínicos pertinentes y la justificación razonada de la propuesta.

- *Resolución*

La propuesta será nuevamente evaluada por la DGAIA y por el equipo clínico del Centro Can Rubió, los cuales determinarán:

- El ingreso en el Centro.
- El no ingreso en el Centro.

Proceso de desinternamiento

El equipo educativo a través de la figura del tutor, el equipo clínico y la dirección, harán la propuesta de desinternamiento valorando el proceso evolutivo del menor durante su estada en el Centro. Después, se enviará la propuesta a la DGAIA quien la valorará y tomará la resolución del desinternamiento o no del menor. Por otro lado la mayoría de edad provoca el desinternamiento, por imperativo legal.

INSERCIÓN SOCIO-LABORAL: PROPUESTA PARA LA VIDA AUTÓNOMA

JUAN RAMÓN MAYOR PÉREZ

Jefe del Área de Inserción Socio-laboral.
Fundación Internacional O'Belén

1. LA INSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL. CONCEPTO.

El concepto de inserción socio-laboral engloba la práctica totalidad de elementos socioeducativos que potencian el desarrollo madurativo de un menor. Es un concepto muy amplio y a menudo relacionado de manera exclusiva con la población socialmente considerada en situación de riesgo o de exclusión.

Es un proceso preventivo, generador de estructuras madurativas que posibilitan a la persona un desarrollo normalizado en sociedad, debiendo incidir en mayor medida en la población vulnerable y no en la ya considerada excluida.

El área de inserción socio-laboral desarrolla una intervención basada en procesos que potencien **la autonomía del menor** posibilitando una inserción plena, trabajando desde la prevención y no desde la reinserción.

A partir de los 14 años la intervención se basa en el desarrollo de estrategias que permitan al adolescente compaginar la necesidad de formación con la asimilación de habilidades de vida autónoma, ya que coexisten como necesidad en el individuo.

Fomentando dicha autonomía desde el enfoque habilitador, el menor dispone de herramientas que le permiten decidir y responsabilizarse de las decisiones que debe comenzar a tomar de manera paulatina. Entre otros muchos perfiles es importante destacar que en la actualidad se interviene a partir de los 14 años con menores que cumplen en mayor o menor medida estas características:

- Jóvenes que han finalizado la escolarización obligatoria.
- Población en situación administrativa irregular (Inmigrantes).
- Haber vivido un largo período en ausencia de obligaciones y límites.
- Carecer de conocimientos elementales que les permitan establecer redes sociales con referentes «educativos».
- Falta de habilidades sociales precisas para incorporarse al mercado laboral.

Todas estas características se agravan o aumentan si el menor presenta un cuadro de trastorno, aumentando los factores de riesgo en la futura inserción.

2. ÁREAS DE TRABAJO: AUTONOMÍA PERSONAL. FORMACIÓN Y EMPLEO

Entendemos que la Inserción socio-laboral interviene en dos áreas fundamentales con el objetivo de formar «seres sociales»:

2.1. *Área de Autonomía personal*

Definición

Programa dirigido a favorecer el desarrollo de las competencias implicadas en los procesos de vida independiente

proponiendo pautas de intervención integral y aportando herramientas que permitan al menor evitar los factores de riesgo.

Desarrollo

Desde que comenzamos a vivir en sociedad aprendemos diferentes habilidades que nos permiten relacionarnos y estructurar las que serán nuestras redes de sociabilidad. Los menores las adquieren mediante la observación, imitación y participación en el grupo de referentes (Familia, colegio, grupo de amigos...) que las generan conjuntamente con él.

Este conjunto de habilidades va a proporcionar al menor la posibilidad de ser autónomo en cada una de las etapas de su vida, siempre de manera paulatina, por lo que un problema (físico, psicológico, educativo, social...) retrasa y en muchos casos impide la adquisición de las mismas.

Partiendo de la necesidad de dichas «herramientas de trabajo» todos los menores deben de adquirirlas como meta para su etapa madura.

Intervención

Podemos diferenciar en cuanto al trabajo desarrollado por el Área de Autonomía:

- Menores que mantienen unos referentes estables y coherentes, aunque en determinados momentos alejados de la realidad que vive el menor. Algunos de estos casos pueden padecer diferentes trastornos no diagnosticados, y mucho menos con un seguimiento y tratamiento profesional.
- Por otro lado, menores que residen temporalmente en Centros tutelados (protección, de reforma...).

Tanto unos como otros deben adquirir las habilidades suficientes para poder desarrollarse como seres autónomos, por lo que será necesario realizar una intervención integral (individuo, familia, comunidad y sociedad) trabajando con el menor y asesorando y apoyando a los referentes cuando lo necesiten.

2.2. Área de Formación y Empleo

Definición

Programa dirigido a la capacitación laboral de los jóvenes, pretende fomentar su capacidad profesional así como el aprendizaje de hábitos y habilidades sociolaborales, incorporando al adolescente al mercado del trabajo normalizado, tras un periodo de empleo protegido.

Desarrollo

Cuando un menor adquiere habilidades que le permiten poder llegar a ser un individuo autónomo y con una vida independiente, se hace necesario proporcionar una formación que le posibilite enfrentarse al mercado laboral y poder competir con la mayor igualdad en la sociedad.

La formación que se adquiere debe ser en principio la pieza que establezca su posición en la cadena de producción del mercado de trabajo y por tanto debe ser una decisión tomada conociendo pros y contras.

En muchos casos la realidad laboral no coincide con la formación adquirida. Es entonces cuando las habilidades aprendidas anteriormente juegan un papel fundamental llevando a cabo lo que usualmente se denomina «buscarse la vida». Sin dichas herramientas tendremos a personas con una formación pero sin la capacidad de tomar determinadas decisiones.

Incluso accediendo a un puesto de trabajo compatible y relacionado en mayor o menor medida con la formación adquirida, actualmente se hace indispensable mantener ese empleo, por lo que deberemos emplear las habilidades en el día a día.

Intervención

En el marco general de la juventud y más concretamente cuando hablamos de jóvenes en situación de riesgo o exclusión el Área de formación y empleo interviene con:

- Menores en situación de fracaso escolar, sin iniciativa en cuanto a sus posibilidades de formación y con un número elevado de horas en la calle. Sin un planteamiento claro en cuanto a su futuro empleo.
- Menores tutelados en Centros (según tipologías).
- Menores extranjeros no acompañados con pocos meses para llegar a la mayoría de edad.

3. METODOLOGÍA. EL INDIVIDUO COMO POTENCIALIDAD

La inserción se basa en una metodología en el que el individuo debe considerarse el protagonista durante la intervención responsabilizándose de su evolución y de las consecuencias de sus actos.

Durante dicho proceso el menor incorpora conocimientos, procedimientos, valores y habilidades como forma de desenvolverse en la vida y relacionarse con el entorno conociendo sus limitaciones y potencialidades.

Participa en igualdad de condiciones, tanto en deberes como en derechos.

Afrontar con herramientas la vulnerabilidad tanto real como demandada. Es decir la metodología de intervención

establece sus objetivos en el proceso en sí no en el resultado final. Éste debe ser la consecuencia no la meta.

Características

- La persona es el centro de toda nuestra acción.
- Tiene una historia y unas características que le hacen absolutamente diferente.
- Se aspira a la plena ciudadanía (derechos y deberes).
- Completo desarrollo de todas las capacidades personales y con el creciente protagonismo sobre su vida.
- Participan los diferentes actores sociales de modo coordinado y en red (Servicios de Empleo, Servicios Sociales, Entidades Sociales, Tejido Empresarial).

4. PROYECTOS DE INSERCIÓN SOCIO-LABORAL

Vías de acceso

- Administración autonómica.
 - Delegación de Bienestar Social (Sección de Menores).
- Administración local.
 - Servicios Sociales Municipales.
- Entidades privadas no lucrativas.

1. Área de autonomía personal.

Pisos de Autonomía

Beneficiarios

- Jóvenes en situación de exclusión social
- Edad: 18-21 años.
- Derivados por los organismos institucionales competentes.

- Procedentes de programas de acogimiento residencial
- Residentes en la provincia en la que se desarrolla el proyecto.
- Aportación económica mensual: 120 € + 30 € (remanente).

Metodología

<i>Incorporación</i>	Información previa necesaria. Protocolo de incorporación al recurso.
<i>Evaluación</i>	Observación y detección de necesidades, déficit y aspectos positivos del joven.
<i>Intervención</i>	
<i>Fase I</i>	Elaboración y desarrollo del Plan Individual de Inserción. Seguimiento y evaluación del Plan Individual de Inserción. Fomento de actividades de mayor responsabilidad y autonomía. Establecimiento de un marco de ayuda y confianza con el educador y con los compañeros. Búsqueda Activa de Empleo-Formación. Incorporación formativa-laboral.
<i>Fase 2</i>	Seguimiento y evaluación del Plan Individual de Inserción. Desarrollo de la responsabilidad y toma de decisiones cada vez más complejas. Mantenimiento del empleo. Búsqueda de vivienda propia.
<i>Salida</i>	AUTONOMÍA- VIDA INDEPENDIENTE
<i>Fase 3</i>	Consecución de objetivos. Apoyo puntual tras salida del recurso.

Líneas de intervención

Líneas de actuación en Pisos de Autonomía

Autonomía Personal	Inserción Laboral	Integración Social
<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales. • Entrenamiento en actividades de la vida diaria. • Valoración y desarrollo individual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación socio-laboral. • Búsqueda y acompañamiento a recursos formativo-laborales. • Apoyo y seguimiento en el desarrollo de la actividad formativo/profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto con recursos comunitarios. • Participación activa en la vida comunitaria. • Conocimiento y ejercicio de derechos y deberes individuales y comunitarios.

2. ÁREA DE FORMACIÓN Y EMPLEO

Beneficiarios

- Jóvenes en situación de exclusión social
 - Edad: 16-21 años.
 - Residentes en la provincia en la que se desarrolla el proyecto.
 - Derivados por los organismos institucionales competentes.

Contenidos formativos

Contenidos formativos

Mantenimiento de Edificios	Jardinería y Viverismo
<ul style="list-style-type: none"> • Albañilería. • Pintura • Pladur • Electricidad • Fontanería • Prevención de riesgos laborales • Habilidades Sociales y Orientación Laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de jardines y plantaciones hortofrutícolas • Producción y comercialización de planta ornamental y hortofrutícola • Prevención de riesgos laborales. • Habilidades Sociales y Orientación Laboral

Asignación de becas de formación

Beca estímulo

- Cuantía máxima: 250 €/mes.
 - Criterios de asignación:
Puntuación mensual obtenida en evaluación objetiva de acuerdo con los siguientes ítems:
 - asistencia
 - puntualidad
 - rendimiento
 - hábitos socio-laborales

Proyectos

Sector de la Construcción

Concurro (Guadalajara). Integra2 (Toledo).

Actividad laboral

Mantenimiento de Edificios

- Operaciones básicas de mantenimiento de edificios
 - Pintura
 - Solado
 - Electricidad
 - Fontanería
 - Carpintería
 - Cartón-yeso

Sector de jardinería

Arriaca y Albaida (Guadalajara)

Actividad laboral

Jardinería, horticultura y viverismo

- Operaciones básicas de cultivo de plantas ornamentales y hortofrutícolas.
- Operaciones básicas de instalaciones y mantenimiento de jardines.

5. CONCLUSIONES

Partiendo de la necesidad de todo ser humano de contar con referentes que «eduquen» en el sentido más amplio del término, los menores con trastornos del comportamiento requerirán con mayor motivo de una intervención integral que posibilite su readaptación al medio.

Para ello es necesario sistematizar dicha intervención estableciendo cauces de comunicación entre los profesionales que llevan a cabo el tratamiento y el resto de profesionales que deben trabajar en el ámbito de socialización del menor.

Aún así, es imprescindible que los menores adquieran los hábitos de vida cotidiana analizados anteriormente y que consideremos la intervención como un proceso, que dependiendo del individuo y de su problemática, establecerá las bases para su futura autonomía.

Por ello es imprescindible intervenir con el sujeto fomentando en todo momento sus potencialidades y disminuyendo los factores de riesgo.

Establecer una metodología de trabajo que posibilite al menor con trastornos del comportamiento herramientas y habilidades para su autonomía requiere un sistema de evaluación y readaptación de la intervención continua. En todo el proceso existirán variables que impidan su desarrollo personal.

El apoyo a la familia, la intervención en los centros, el asesoramiento en la escuela, un ocio saludable y sobre todo un trabajo individual con el menor serán las bases que sustentarán la inserción social y laboral.

COMUNICACIONES

ANÁLISIS DE NECESIDADES
PSICO-SOCIO-EDUCATIVAS
DE LOS MENORES ESCOLARIZADOS
EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL

ANDREU, M.; ARTOLA, T.; MECÀ, R., y ÁLVAREZ RICO, M.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto trata de recoger e identificar las necesidades de un colectivo social denominado de «alto riesgo» con el fin de poder entender mejor su problemática social. Todo ello destinado a buscar mecanismos concretos de apoyo y cobertura a dichas necesidades.

El estudio tiene lugar a partir de una propuesta del ámbito de la acción social, basada en la denuncia de la situación de alto riesgo frente a la inadaptación social en la que se encuentra un amplio grupo de menores en el distrito de Puente de Vallecas. Es el desarrollo de la actividad de un grupo de voluntarios en materia de apoyo integral a la familia en los hogares de los menores, la que permite la detección y denuncia de dicha problemática social.

Como consecuencia de esta denuncia, se establece un acuerdo de colaboración entre el grupo de voluntarios de la Madre Teresa de Calcuta, el Centro Universitario Villanueva de la UCM y la oficina del Defensor del Menor de la CAM para intentar abordar esta problemática. Dicho acuerdo da lugar a un proyecto de investigación que se desarrollará

desde abril de 2004 hasta diciembre de 2005, en su primera fase, quedando prevista una segunda fase de intervención comprendida entre diciembre de 2005 y julio del 2007.

1. *Acercamiento a la problemática objeto de estudio*

Toda problemática tiene su origen en sus causas y a su vez, en la medida de no ser abordado en los términos necesarios, tiene unas consecuencias o efectos no deseados o de agudización del problema.

La problemática social que nos ocupa, concretamente la de los menores en peligro o con problemas de **inadaptación**¹, tiene un origen en el propio contexto de desarrollo del menor, caracterizado por las condiciones de marginación social. Es así, como diversos autores y agentes sociales tratan de explicar o argumentar el origen de una conducta de inadaptación a partir del estudio y análisis de sus factores desencadenantes (Pérez, 1979; Apisma y Ges, 1981; Alberte, 1984; Mato, 1985; Escarti y Musitu, 1986; González, 1987 y 1998; Rutter y Giller, 1988; Ferrán Casas, 2002; Ortín Pérez, 2003; Díaz-Aguado, 1996; Balcells y Alsinet, 2000; Valverde, 2002).

Una vez garantizada una posible explicación o argumentación teórica de que la conducta o el perfil de la inadaptación social surge a partir de la interacción con un entorno desfavorable, es importante marcar claramente los factores del entorno desencadenantes de dicha situación, así como el proceso por el cual producen estos efectos en términos de inadaptación. Para ello hay que hacer alusión a la situación de **marginación** que viven determinados estratos sociales en el mundo desarrollado y al **proceso de socialización** como principal mecanismo de desarrollo social e individual.

¹ Concepción con un amplio tratamiento terminológico en la literatura: desviación social, marginación, desviación, conflicto social, desamparo, comportamiento o conducta antisocial, etc.

Como se desprende de este acercamiento inicial a la socialización, los condiciones del entorno que envuelve al sujeto, fundamentalmente durante los primeros años de su vida, van a ser cruciales. Existe todo un amplio abanico de estudios en los que se aborda las características que debe poseer el medio más inmediato al menor, como es la familia y la comunidad que la envuelve, para que este desarrollo social e individual sea exitoso (López, Etxebarría, Fuentes y Ortiz, 1999). Un grupo social enmarcado dentro de los parámetros de la marginación se aleja de las condiciones óptimas para el desarrollo del menor, conformando así un conjunto de factores que por sus efectos nocivos o negativos al proceso de socialización del menor se convierten en los denominados **factores de alto riesgo**. Son los factores que facilitan o potencian la inadaptación del menor.

Por otra parte, la inadaptación social sigue un proceso inflexible según nos recuerda el colectivo IOE en 1987, como progresión o efecto desencadenante de una situación que se agrava con el paso del tiempo (Vega, A., 1994).

Podemos hablar por tanto, de los efectos y consecuencias a corto y largo plazo ya no sólo por la problemática presente, sino por su permanencia en el tiempo, por los efectos secundarios que genera y por la inadecuados o desacertados planteamientos de respuesta a dicha situación. Estas consecuencias o efectos podemos señalarlos en el siguiente orden de problemáticas o situación de conflicto individual y social: violencia; delincuencia y represión; institucionalización y exclusión social; drogodependencias, procesos psicopatológicos severos y constitución de nuevo grupo marginal. Dichas consecuencias nos ponen en situación de urgente resolución o intervención en la situación problemática planteada. El precio a pagar por los efectos es muy alto, tanto por los propios individuos como por la sociedad en su conjunto.

2. Respuestas actuales a la problemática desde el marco de la intervención social

En la sociedad actual del mundo desarrollado hay que hablar de dos dispositivos muy importantes sobre los que gira toda la acción e intervención social, uno de ellos es el «Estatal» y otro el de «Mercado». La iniciativa estatal, cumple dos objetivos, por un lado, el de garantizar los derechos sociales de sus miembros, sobre todo, a través de la disposición de los recursos y mecanismos de actuación concreta para la cobertura de aquellas necesidades sociales más imperantes; y, por otro lado, apoyar y coordinar su acción con las iniciativas de mercado. La iniciativa de mercado es de origen privado y, a través de sus fundaciones y patronatos e instituciones de carácter social, desarrollan una actividad de participación, en un proceso de colaboración en desarrollo social o comunitario. Ambas iniciativas o dispositivos conformar actualmente el entramado de respuesta de nuestra iniciativa social.

Todo ello conforma un amplio abanico de respuesta social, pero no siempre lo suficientemente eficaz o exitosa como debería serlo, atendiendo a toda la problemática social de nuestra comunidad. Parece que los dispositivos existentes, es decir, las iniciativas y los recursos, son amplios y suficientemente instaurados en las zonas más necesitadas, pero guardan una seria distancia con la cobertura de sus objetivos de partida. No hay más que acercarnos al listado y distribución de servicios y recursos sociales de nuestra Comunidad de Madrid; así como al listado de las actividades puestas en marcha por las distintas asociaciones y organizaciones no gubernamentales.

Todo ello nos conduce a hacer una seria reflexión sobre la adecuación o idoneidad de las actuales directrices de funcionamiento y actuación, la organización de los recursos y la coordinación de la actividad de todos los agentes participantes, así como los programas y las principales políticas sociales puestas en marcha.

HIPÓTESIS

Partiendo de estas premisas, las hipótesis que pretendemos abordar en el presente estudio son las siguientes:

1. En el distrito de Puente de Vallecas existe un alto número de menores escolarizados en la red pública con un nivel de inadaptación social significativo.
2. En el distrito de Puente de Vallecas existen situaciones de marginalidad significativas en función del número y tipo de factores de riesgo social presentes.
 - 2.1.1. Por el contexto familiar que envuelve a los menores.
 - 2.1.2. Por la condición de inmigrante que tienen parte de los menores.
 - 2.1.3. Por el efecto del grupo de iguales en el que se desenvuelve el menor tanto en el contexto comunitario como en el escolar.
3. Los niveles de inadaptación en los menores del distrito de Puentes de Vallecas tienen unas consecuencias sociales e individuales muy próximas al desarrollo de:
 - 3.1. Un comportamiento delictivo.
 - 3.2. Un comportamiento violento.
 - 3.3. Un consumo alto de estupefacientes.
 - 3.4. Un proceso de inclusión institucional permanente.
 - 3.5. Un comportamiento Psicopatológico o de un déficit en competencias individuales.
4. La respuesta generada por el actual dispositivo social no son suficientes para cubrir las necesidades frente a la inadaptación social y sus consecuencias individuales y sociales en los menores escolarizados en la red pública del distrito de Puente de Vallecas.

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

Partiremos de una metodología mixta, utilizando información tanto cuantitativa como cualitativa.

1. Características de la investigación

- *Social Aplicada*: en el sentido de tratarse de una actividad sistemática y planificada cuyo propósito es conseguir información para la toma de decisiones con vistas a transformar o mejorar la realidad.
- *Naturalista o de campo*: Dado que la observación se lleva a cabo en el contexto natural.
- *Holística*: Puesto que intenta comprender la situación en su globalidad, teniendo en cuenta la multiplicidad de variables en interacción mutua que intervienen en los fenómenos sociales.
- Combina el uso de técnicas *cuantitativas y cualitativas*: entrevista, foros de discusión, observación, cuestionarios...
- *Colaborativa*: en el sentido de que implica un trabajo conjunto entre investigadores y prácticos.

2. Diseño: estudio de caso-control

Se parte de un diseño descriptivo con el objetivo de ofrecer un informe detallado de las características y necesidades de la muestra objeto de estudio. El estudio se centra en la observación de las características de dos grupos concretos considerados como de alto riesgo social.

- Los menores de entre 5 y 12 años escolarizados en el Colegio Público Javier de Miguel
- Los menores de entre 12-17 años escolarizados en el Instituto Vallecas-Magrit.

Se trata por tanto de un estudio intrínseco e instrumental en el que los observadores están implicados en el proceso de investigación y en el que disponemos de la ventaja de disponer de un grupo amplio de voluntarios ya insertados en la zona que parten de un amplio conocimiento de la población estudiada.

Asimismo, en base a los resultados de las pruebas aplicadas en la primera fase, se seleccionará un grupo de control que permita la realización de estudios comparativos y correlacionales.

Aunque la muestra con la que se trabaja no es representativa, al no haber sido seleccionada por procedimientos aleatorios, se hará un estudio posterior sobre zonas similares que permita la inferencia de algunas de las conclusiones del estudio.

3. Método

Se procederá siguiendo los siguientes pasos:

1.^{er} paso: Delimitación de variables y elección de instrumentos de medida y fuentes de información destinataria de dichos instrumentos:

1. Niveles de inadaptación en los tramos 5-12 y 12-17.
2. Factores de riesgo que envuelven al sujeto: [familia + condición de inmigración + grupo de iguales] + [perfiles individuales determinados].
3. Conductas o comportamiento de alto nivel de conflictividad social: violencia + drogodependencia + institucionalización + delincuencia + psicopatologías.
4. Principales recursos sociales e institucionales que envuelven o cubren el entorno comunitario de los sujetos + Respuesta de dichas instituciones a la problemática presentada.

2.^o paso: Plan de recogida de datos en función de las variables sometidas a estudio.

3.^{er} paso: Plan de Análisis y tratamiento de los datos destinados a cubrir la descripción y análisis de las variables estudiadas, y la descripción de las relaciones encontradas entre las mismas mediante un análisis tanto cuantitativo descriptivo (estadísticos de posición, variabilidad y correlaciones) como cualitativo.

4.^o paso: Interpretación y valoración de los datos: resultados y conclusiones, verificación de hipótesis y toma de decisiones en función de las necesidades planteadas o despejadas en esta fase.

5.^o paso: Estudio del potencial de inferencia de los resultados a partir de la descripción y acotación de poblaciones catalogadas en los mismos términos o similares.

4. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Para obtener la información de la población objeto de estudio contaremos con la aplicación de tests, cuestionarios, escalas, protocolos, entrevistas y sistemas de observación que nos permitan evaluar las variables que forman parte de la investigación. (ver anexo)

5. Estado actual de la investigación

En la actualidad se ha iniciado la primera fase habiéndose completado las siguientes tareas:

- Familiarización con la naturaleza y ámbito del objeto de estudio y de las variables implicadas en el mismo.
- Recopilación y acceso a las principales fuentes documentales.
- Desarrollo y cierre de la fundamentación teórica.
- Planteamiento metodológico. Elaboración del diseño de investigación: población, variables , técnicas e instrumentos de evaluación y medida.

- Identificación y descripción de la población destinataria del estudio: los menores del Distrito de Puente de Vallecas.
- Selección y elaboración de técnicas e instrumentos de evaluación en función de las distintas fuentes a utilizar para la obtención del dato.
- Formación de becarios y colaboradores en la recogida de datos y aplicación de instrumentos.
- Preparación del plan de recogida de datos.

Durante los meses de septiembre a diciembre se completará la primera fase de la investigación mediante la realización de las siguientes tareas:

- Recogida de datos.
- Análisis, tratamiento de datos. Conclusiones a partir de los resultados obtenidos. Contrastación de la hipótesis de partida.
- En el mes de diciembre Diciembre 2004: Informe de los primeros resultados del estudio.

Durante los meses de enero 05-julio 05 se llevará a cabo la descripción y análisis del resto de las variables objeto del estudio: Factores de riesgo del entorno e individuales presentes,análisis de las conductas extremas de conflicto social y de la adecuación de la respuesta socio-institucional a estas necesidades.

A finales del mes de julio se presentará un Informe de resultados y conclusiones sobre la presencia de los factores de riesgo, el nivel de conductas extremas de conflicto social y los dispositivos de acción social y su cometido frente a la problemática objeto del estudio y ya delimitada.

Entre los meses de septiembre-diciembre 05 se formularán las principales líneas de actuación a partir del análisis de las principales necesidades a cubrir.

- Determinación de las principales áreas o dimensiones más deficitarias y más urgentes de cara a su mejora u optimización.
- Delimitación de la cobertura real de los recursos existentes a la problemática estudiada y de sus posibilidades.
- Relación entre niveles de inadaptación social y los tramos de edad de los menores.
- Relación entre los niveles de inadaptación de los menores y la presencia de determinados factores de riesgo.
- Relación entre los niveles de inadaptación social y las conductas de conflicto social extremas.
- Relación entre las medidas sociales dispuestas con:
 - Los niveles de inadaptación social.
 - Los factores de riesgo presentes.
 - Las conductas de conflicto extremo.

Establecimiento de prioridades

- Cuáles son los problemas más graves detectados o las áreas más deficitarias encontradas en función de sus efectos o consecuencias.
- Cuáles preocupan más a las personas implicadas.
- Qué necesidades pueden atenderse con los recursos disponibles.
- En qué medida son necesarias modificaciones en estos recursos.
- En qué medida son necesarios nuevos recursos y de qué tipo.
- Qué propuestas reportarán más ventajas en el futuro.

Se concluirá asimismo esta fase de la investigación con la propuesta de dos tipos de programas:

- *Un Programa de Prevención.* Destinado a la población de 5-12 años.

- Elaboración de protocolos para la Identificación precoz de los sujetos en situación de alto riesgo.
- Propuesta de programas para la disminución o eliminación de factores de riesgo detectados.
- Propuesta de programas para la potenciación de factores de protección y facilitadores de la integración social.
- Sugerencias para la optimización de las instituciones y servicios sociales responsables de la intervención.
- Propuesta de acciones educativas diferenciadas para los grupos de riesgo.
- Propuesta de acciones de choque en momentos críticos.
- *Un Programa de Intervención.* Destinado al tramo de población entre 12-17 años.
 - Propuesta de actividades de reinserción social en el medio familiar y en el entorno comunitario
 - Propuesta de medidas para:
 1. Prevenir el absentismo y fracaso escolar
 2. Medidas de atención a la diversidad
 3. Prevención de drogodependencias
 4. Programas de resolución de conflictos
 5. Prevención de la delincuencia.

RESUMEN

En esta comunicación presentamos una investigación sobre «*el análisis de necesidades psico-socio-educativas de los menores escolarizados en situación de riesgo social*» iniciado en el mes de abril de 2004 en colaboración con la oficina del Defensor del Menor de la Comunidad Autónoma Madrid.

Dicho estudio parte de la problemática manifiesta de un grupo de menores dentro una población definida como de alto riesgo social, enmarcada esta en el Distrito de Puente de Vallecas. El problema detectado en esta población, es la in-

daptación o desviación social ante la ausencia de condiciones óptimas que le ofrece su entorno inmediato para su desarrollo. Por ello consideramos importante detenernos a evaluar, analizar y determinar cuáles son las causas o factores de riesgo que hacen que esta población se convierta en un grupo marginal: la familia, el grupo de iguales, la condición de inmigración o desventaja sociocultural, el déficit funcional en función de las condiciones de desarrollo. Por otro lado, nos encontramos con que dicha problemática se acentúa al no encontrar una respuesta suficiente y adecuada en el ámbito de la intervención social. Como consecuencia de esta falta de ajuste entre la intervención y las necesidades en este grupo de menores, tiene lugar un conjunto de consecuencias no deseadas y cada vez más nocivas y amenazantes para el individuo y para la propia sociedad, dando así lugar a la violencia, la institucionalización, la delincuencia, la necesidad de la represión policial y judicial, el consumo de drogas, bajo nivel de competencias sociales e individuales y, por último, la configuración de un nuevo grupo marginal, donde se van reduciendo las posibilidades que ofrece la intervención social.

Una vez analizada y delimitada la problemática en sí, sus factores de riesgo desencadenantes y las consecuencias de la misma, los objetivos del estudio se dirigen a buscar medidas de reducción del cuadro de inadaptación en los menores entre 12 y 17 años y proponer alternativas preventivas eficaces para eliminar o reducir los factores de riesgo evitando sus efectos y consecuencias en edades más tempranas, concretamente en el intervalo de edad de 5-12 años.

BIBLIOGRAFÍA

AMOROS, P.; AYERBE, P.; BALLESTER, L.; DEL CAMPO, J.; DIEGO, F.; FIGUERA, P.; FREXIA, M.; FUERTES, J.; MACH, M.; MIQUEL, S.; ORTE, C., y PANCHÓN, C. (2000): «Intervención educativa en inadaptación social». Síntesis, Madrid.

- BALCELLS, M. A., y ALSINET, C. (2000): «Infancia y adolescencia en riesgo social». Milenio, Barcelona.
- DÍAZ AGUADO, M.^a J., y BARAJA, A. (1993): «Interacción educativa y desventaja sociocultural». CIDE, Madrid.
- DÍAZ AGUADO, M.^a J., y MARTÍNEZ ARIAS, R. (2001): «La educación infantil y el riesgo social. Su evaluación y tratamiento. Un instrumento para la detección en niños y niñas de tres a seis años a través de la escuela». Comunidad de Madrid: Consejería de Educación.
- DÍAZ AGUADO, M.^a J., y otros (1993): «Infancia en situación de riesgo social». Comunidad de Madrid: Consejería de Educación y Cultura.
- DÍAZ AGUADO, M.^a J., y MARTÍNEZ ARIAS, R., y MARTÍN SEOANE, G. (2002): «Génesis y desarrollo de los comportamientos de los jóvenes con problemas de conducta en centros de menores». Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Madrid.
- ESCARTI, A., y MUSITU, G. (1987): «El niño abandonado en la Comunidad Valenciana». Valencia: Generalitat Valenciana.
- FERRAN CASAS (2002): «Infancia: perspectivas psicosociales». Paidós, Barcelona.
- GONZÁLEZ, E. (1996): «Menores en Desamparo y Conflicto Social». Ed. CCS, Madrid.
- ORTÍN PÉREZ, B. (2003): «Los niños invisibles». Octaedri-EUB, Barcelona.
- RUTTER, M., y GILLER, H. (1988): «Delincuencia Juvenil». Martínez Roca, Madrid.
- RUTTER, M.; GILLER, H., y HAGELL, A. (2000): «La Conducta Antisocial de los Jóvenes». Cambridge University Press. Madrid.
- VALVERDE, J. (1996, 4.^a ed): «El proceso de inadaptación Social». Popular, Madrid.
- VEGA, A. (1994): «Pedagogía de la inadaptación social». Narcea. Madrid.

ANEXO

La conducta de inadaptación social y violencia

Prueba	Publicación española (año original)	Tipo de instrumento	VARIABLES evaluadas	Aplicación	Edades
Escala de Evaluación de la Adaptación del niño y del adolescente	1995	Cuestionario para profesores	Dificultades de aprendizaje Conductas disruptivas y sociales Problemas en las relaciones con los compañeros Problemas emocionales Indicio de trastornos sexuales y conductas autodestructivas	Profesores	
EACAP Escala de Áreas de la conducta problema	2000	Cuestionario para padres y profesores	Escala de screening: Adaptación social Agresividad Rendimiento académico Atención- Hiperactividad Ansiedad Retraimiento	Colectiva	4-12 años

El contexto familiar

Prueba	Publicación española (año original)	Tipo de instrumento	VARIABLES evaluadas	Aplicación	Edades
ESPA29 Escala de socialización parental en la adolescencia	2003 Musitu y García	Escala para adolescentes	Aceptación/ implicación y coerción/ imposición Afecto Diálogo Displincencia Indiferencia Coerción física Privación Coerción verbal	Individual y colectiva	12-18 años
CESF Cuestionario de evaluación del sistema familiar	1985 Olson, Portner y Lavee.	Cuestionario	Vinculación emocional Flexibilidad Unidad Límites Amistades y tiempo Ocio Liderazgo Disciplina Reglas y roles	Individual o colectiva	A partir de los 12 años

Los agentes sociales públicos y privados

Elaboración de protocolos para conocer las actuaciones de los agentes públicos y privados.

La condición de inmigración en función de la condición de riesgo

Elaboración de encuestas para conocer la condición de inmigración.

El consumo de sustancias

Prueba	Publicación española (año original)	Tipo de instrumento	Variables evaluadas	Aplicación	Edades
CSA Cuestionario de consumo de sustancias	Grupo Lisis de Cuestionario la Facultad de Psicología de la Univ. de Valencia	Sustancias probadas Sustancias consumidas el fin de semana Consumo diario de tabaco Consumo diario café Consumo semanal de bebidas alcohólicas Consumo semanal de cannabis Consumo semanal de otras drogas	Individual o colectiva	12-10 años	

El grupo de iguales

Prueba	Publicación española (año original)	Tipo de instrumento	Variables evaluadas	Aplicación	Edades
BUIL-S	2001	Tipo sociométrico	Características socioafectivas del grupo Detección de alumnos implicados en relaciones de agresividad, rechazo o aislamiento	Colectiva	Forma A: alumnos entre 7 y 16 años. Forma B: Profesores de Primaria y Secundaria
Clima social del aula	1984 Trickett y Moss	Autoinforme del profesor y del alumno	Clima social real Clima social percibido Clima social deseado	Colectiva	

Los actos delictivos

Prueba	Publicación española (año original)	Tipo de instrumento	Variables evaluadas	Aplicación	Edades
CCD Cuestionario de conductas delictivas	Grupo Lisis de Cuestionario la Facultad de Psicología de la Univ. de Valencia	Presencia o ausencia de conductas delictivas	Individual o colectiva	12-20 años	
ASB Escala de conducta antisocial	1986 Silva Martorell y Clemente	Autoinforme	Conductas de tipo predelictivo y delictivo Transgresión de las normas sociales	Individual o colectiva	Adolescentes

Los perfiles individuales de los menores

Prueba	Publicación española (año original)	Tipo de instrumento	Variables evaluadas	Aplicación	Edades
Matrices progresivas de Raven	1995	Test psicométrico	Inteligencia general	Colectiva	A partir de los 6 años
CBCL Achenbach conducta antisocial	1983	Cuestionario para profesores o para padres	Competencia social Adaptación general Ansiedad Retraimiento Depresión Quejas somáticas Conductas obsesivo-compulsivas Hiperactividad Agresividad Otros problemas	A padres o profesores	4-18 años
Cuestionario de Autoconcepto Piers-Harris	M.ª José Díaz Aguado	Autoinforme	Autoconcepto conductual Autoconcepto intelectual Autoconcepto físico Falta de ansiedad Popularidad Felicidad Insatisfacción	Colectiva	8-16 años

Los ámbitos de actuación social

Elaboración de encuestas que faciliten la recogida de información de esta variable
Informes de las instancias socio-educativas

La instauración de las diferentes políticas sociales

Elaboración de encuestas que faciliten la recogida de información de esta variable
Informes que obtengan información referente a esta variable

Los recursos comunitarios de la zona

Elaboración de encuestas que faciliten la recogida de información de esta variable

Las iniciativas de acción social

Elaboración de encuestas que faciliten la recogida de información de esta variable

Los programas de intervención psico-socio-educativos

Elaboración de encuestas que faciliten la recogida de información de esta variable

Las situaciones de institucionalización

Notificación de arrestos judiciales
Elaboración de encuestas para conocer las situaciones de institucionalización, su frecuencia y duración

Otras técnicas de evaluación para valorar las variables planteadas en nuestro estudio

		Entrevista	Ánalisis de documentos y archivos institucionales	Diagnóstico participativo
Perfiles individuales	Entrevista con profesores en la que se aborden aspectos como: 1. Conductas de inadaptación específicas 2. Rendimiento académico 3. Orientación a la tarea y motivación, competitividad 4. Estudio de sujetos concretos	Informes escolares Arrestos judiciales Informes del Departamento de Orientación	Principales problemas Principales necesidades Eficacia de los recursos existentes Recursos necesarios existentes Propuestas	Principales problemas Principales necesidades Eficacia de los recursos existentes Recursos necesarios Propuestas
Contexto escolar	Entrevista con profesores con el siguiente contenido: 1. Relación con los alumnos: implicación, afiliación, apoyo 2. Características físicas y estructurales: orden, y organización, claridad de normas, control del profesor 3. Clima social de la clase	Asistencia a clase Expediente académico Informes del tutor	Principales problemas Principales necesidades Eficacia de los recursos existentes Recursos necesarios Propuestas	Principales problemas Principales necesidades Eficacia de los recursos existentes Recursos necesarios Propuestas
Relaciones con los iguales	Entrevista con profesores con el siguiente contenido: 1. Tipo de relaciones en el aula 2. Pandillas o grupos marginales 3. Consumo de alcohol y drogas 4. Conductas de gamberismo, vandalismo, etc.	Informes judiciales sobre conductas de alto riesgo social: consumo de drogas, comportamientos antisociales, etc.	Principales problemas Principales necesidades Eficacia de los recursos existentes Recursos necesarios Propuestas	Principales problemas Principales necesidades Eficacia de los recursos existentes Recursos necesarios Propuestas

EL PROFESIONAL EN CONTEXTOS DE CONTROL

ÁNGEL ESTALAYO HERNÁNDEZ

Supervisor del Centro Educativo Landa: Asociación Educativa Berriztu

JUAN CARLOS ROMERO LEÓN

Responsable del Servicio de Medidas en Medio Abierto de Vizcaya y Guipúzcoa: Asociación Educativa Berriztu

La presente comunicación pretende centrarse en el perfil y características del profesional que interviene en contextos de control. De esta manera, no partiremos tanto de cualificaciones profesionales, sino de características personales, habilidades...

Nuestra experiencia se centra en la intervención en Servicios de Justicia Juvenil de la CAV. A partir de ello, proponemos un tipo de intervención que definimos como FIRMEZA EDUCATIVA que parte del análisis del entorno de origen del tipo de población con que intervenimos, de las características de la intervención, y del profesional. De modo que un profesional debe reunir unas características determinadas para poder llevar a cabo una intervención con aspectos determinados que se dirige a una población también con factores determinados.

Así, entendemos que nuestra población proviene de lo que Linehan define como ambiente invalidante, es decir de un ambiente que «*es muy nocivo para el niño con una alta vulnerabilidad emocional. A su vez, el individuo emocionalmente vulnerable y reactivo provoca la invalidez de un medio que de otra manera sería sustentador. Una caracte-*

rística definitoria del ambiente invalidante es la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada (por ejemplo, a la creencias, pensamientos, sentimientos y sensaciones del niño) y, en particular, a ser insensible frente a la experiencia privada no compartida con el grupo. Los ambientes invalidantes tienden a responder de una manera exagerada (por ejemplo, reaccionar exageradamente o demasiado poco) a la experiencia privada que sí es compartida por el grupo» (Linehan, M. 2003: 22).

Habida cuenta de lo anterior, proponemos una intervención contenedora que se caracterice por presentar una serie de aspectos que posibiliten validar la experiencia emocional de los jóvenes. Ello conlleva que también postulamos que:

- en cualquier relación educativa, el ejercicio de la autoridad corresponde a la parte con mayor capacidad: apostamos por que en este caso sea el educador o profesional;
- que la relación establecida es asimétrica hasta el momento en que el educando se encuentre capacitado, coyuntura en la que la relación podrá seguir existiendo pero ya no será de carácter educativo;
- que la relación educativa debe ser contenedora, en el sentido de recoger las proyecciones del educando para contenerlas, darles un significado y forma adecuada y devolverlas al joven como un factorvalidante de sus emociones;
- que las características contenedoras que resultan más consensuadas a la hora de intervenir con problemas de conducta pueden englobarse alrededor de lo que venimos a definir como FIRMEZA;
- que actuando desde dicha firmeza, la intervención puede permitir nuevos aprendizajes (jóvenes que tienen un comportamiento adecuado con una persona y no con otra). Y que si un joven puede comportarse

bien con una persona, puede hacerlo con las demás, si tiene un/a guía;

- que con esa guía o modelo de identificación (diferente de un modelado social), el joven puede internalizar nuevas formas de relación, teniendo en cuenta que «*el proceso de internalización consiste en una serie de trasformaciones: a) una operación que inicialmente representa una actividad externa se reconstruye y comienza a suceder internamente; b) un proceso interpersonal queda transformado en otro intrapersonal; c) la transformación de un proceso interpersonal es el resultado de una prolongada serie de sucesos evolutivos*» (Vygotski, 1978: 93-94);
- que la zona de desarrollo próximo como «*diferencia entre nivel real de desarrollo , determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración de un compañero más capaz*» (Ibid., 1978: 133), depende de la capacidad del profesional para contener y validar al joven. Ello también tiene presente que las referencias educativo-familiares adultas han resultado invalidantes: bien por exceso o por defecto. De esta manera, creemos que no siempre un problema conductual procede de un subsistema familiar rechazante: «*en las familias de los delincuentes la relación del padre con el hijo se produce bajo el signo de un rechazo activo. Mucho más que la actitud indiferente, este comportamiento parece lógicamente favorecer en el muchacho una reacción también activa de desafío y provocación*», tal y como señalan Cirillo et al (REDES), sino de uno invalidante; es decir, el rechazo activo supondría una respuesta exagerada a una experiencia privada compartida con el grupo, pero sobre todo, un rechazo activo a la experiencia privada no com-

partida con el grupo. Sin embargo, no recogemos estos conceptos para reflexionar sobre el origen de esta problemática, sino para justificar el concepto teórico del que partimos para intervenir, léase el proceso inverso al descrito: una contención validante.

De este modo, la firmeza educativa que proponemos tiene distintos antecedentes:

a) La disciplina; en este sentido, recogemos aquellas definiciones y enfoques que se refieren a la articulación de medios o métodos destinados a posibilitar consensuar las necesidades individuales y grupales y que están destinadas al autogobierno del sujeto. Sabemos que durante un tiempo el mero hecho de mencionar la palabra disciplina se asociaba a arbitrariedad, exceso, siendo «mal vista» en muchos entornos profesionales. Sin embargo, apostamos por «educar sin complejos», cuando el contenido de la intervención se mueva en los límites anteriormente recogidos. Si no, el crecimiento de problemas de conducta puede generar un movimiento pendular que lleve a pasar de una época permisiva a una castigadora o arbitraria. Aprovechamos este espacio para poner un punto de reflexión acerca de la necesidad de prevenir este particular.

b) La contención; este un concepto que en ocasiones se asocia en contextos más restrictivos o a dinámicas de aislamiento o reducción física como protocolos de intervención.

Sin embargo, nosotros nos basamos en otra idea anterior: la de continente/contenido. Se corresponde a la «designación para lo que se considera fundamento de cualquier relación entre dos o más personas, tanto niño y madre, como hombre y mujer, o individuo y sociedad. En el modelo más básico, el bebé proyecta una parte de su psique, especialmente las emociones

incontroladas, para que su madre las contenga. Esta las absorbe, las—traduce—en significados específicos y actúa sobre ellas solicitamente. El proceso resulta en la transformación de las identificaciones proyectivas del bebé en pensamientos con significado» (Moore & Fine 1997:404).

- c) La valoración; en este sentido, nos referimos a la capacidad de influir alabando, valorando aquellos comportamientos que deseamos se mantengan o aparezcan en los jóvenes, no en función del comportamiento en sí, sino de lo que representa. «No es que se premie por una acción bien hecha, sino que se le presenta el objetivo o motivo de forma que el joven, en un primer momento se sentirá atraído por él, y después, con aquellas indicaciones, y en la medida que vaya madurando, podrá ir analizando esas mismas razones para aceptarlas o rechazarlas de una forma más crítica y madura» (Valdivia, C. 2003:38-39). Dentro de este concepto, nosotros ahondamos en la vertiente de valorar a la persona y no el comportamiento, es decir, «validar» las expresiones del joven (recordar definición de Linehan). Así, «la validación consiste en reforzar activamente la realidad de las percepciones de los sujetos e identificar las funciones adaptativas que desempeñan sus defensas y comportamientos» (Gundersen & Gabbard 2002: 51).
- d) La responsabilización (habida cuenta del abordaje de la negación de la conducta, de su impacto o de sus consecuencias); lo entendemos como el proceso mediante el cual el joven acepta y asume no solo las consecuencias, sino la presencia de un aspecto problemático a resolver, su participación activa en la persistencia del mismo, así como en su superación. El último aspecto hace referencia a la importancia de partir de dicha responsabilización en el momento de un posible cambio del joven, partiendo de sus recur-

- sos, de forma que el cambio no suponga una pérdida de identidad.
- e) Amenaza a la identidad. Tal y como Jeammet suele señalar, uno de los motivos de reincidencia en problemas de conducta violenta es que el cambio propuesto desde la intervención supone una amenaza a la identidad del joven y este la realiza conductualmente pero no la asume ni acepta. De hecho, *«la dimensión subjetiva es determinante. Esta referencia a la vivencia del sujeto, ya sea la vivencia sentida de lo experimentado o la que dicta su comportamiento, nos servirá de bilo conductor en la investigación del sentido de la violencia y de su lugar en la economía psíquica. Esto nos conduce a formular la hipótesis de que lo vivido refleja como espejo lo que experimenta, sin que sea necesariamente consciente de ello, aquel que actúa con violencia y que la violencia representa una defensa sobre la identidad»* (Jeammet, P. 2002: 61). De este modo, cuando el contexto es menos restrictivo, el joven vuelve a actuar con violencia, partiendo de la hipótesis de que la violencia representa una defensa contra la amenaza a la identidad. Así, proponemos una responsabilización y un cambio desde los recursos ya existentes del joven que no supongan una amenaza a su identidad para posibilitar una desistencia, habida cuenta de que *«la identidad es el espacio donde el individuo se reconoce a sí mismo y, como tal, es extraordinariamente resistente al cambio»* (Linares J. 1996:27).
- f) La desistencia que *«estaría más unida a cambios de ambiente de vida, entre los que tienen un lugar privilegiado la elección de la novia o del cónyuge –que reestructura la existencia y reorienta las relaciones sociales– y la intervención de un trabajador social, de un juez, de una persona externa que logra devolver al joven y a sus padres una parte positiva de la*

imagen que tienen de sí» (Born & Boet 2003: 143-144). De este modo, entendemos que la intervención con personas con problemas conductuales persigue conseguir la desistencia por parte de las mismas de su estilo de relación, en base al establecimiento de la relación con el profesional y su estabilidad emocional que contribuye a validar contenidos emocionales privados no compartidos.

Consiguientemente, el planteamiento que se realiza desde la firmeza otorga un papel primordial dentro de la intervención a la figura del profesional respecto a la del usuario. Esto no sólo ocurre en el sentido de considerarle como agente que ejercita el poder: *«así, el educador social debe tener clara su situación como profesional ante su usuario, y saber utilizar este poder en beneficio del desarrollo de la persona. Necesariamente, en muchos de los casos, el usuario debe percibir este poder del educador social, que lo debe poner en práctica sin miedo a que este eje quede muy manifiesto. Como veremos más adelante, cuando hablamos de acceso a lo social, una función importantísima del educador social es la de limitar al usuario. Límites que le tienen que dar seguridad y permitir crecer»* (Cabré & Castillo, 2003:56).

También se le da un papel destacado por que entendemos que el cambio nace desde la oferta de posibilidades diferentes desde el profesional. Su permeabilidad y movilidad, más allá de sus tensiones y dificultades personales, son determinantes para posibilitar un cambio desde una zona de desarrollo próximo.

Habida cuenta de lo anterior, la firmeza supone una actitud/aptitud de la persona del educador o profesional relativa a la gestión del poder que detenta desde su función. De este forma, no es una estrategia o una técnica aprendida y extrapolable a cualquier situación, sino una actitud y una disposición psíquica que desde su persona posibilita adaptarse y flexibilizarse a situaciones distintas.

Así, definimos la firmeza como contención validante, es decir, propiciar un ambiente que sería capaz de devolver las proyecciones o conductas descontroladas con un significado traducido, o lo que es lo mismo, que sería capaz de responder adecuadamente a la experiencia privada no compartida (sabiendo detectarla tras la que sí es compartida y expresarla positivamente) y de forma equilibrada, estable, es decir no exagerada (permisiva o rechazante-castigadora-devaluante), a la experiencia privada sí compartida: en nuestro caso las conductas inapropiadas o problemáticas.

Esta respuesta equilibrada supone articular una serie de consecuencias comunes a todos los ámbitos de intervención y que se llevan a cabo sobre la conducta realizada siempre, sin caer en ser permisiva en unas áreas y castigadora en otras, ya que ello convertiría a la red en invalidante.

De esta forma, la intervención resulta invalidante:

- a) cuando no se da una respuesta-consecuencia a la conducta, es decir, se interviene desde la permisividad, ya que se valida lo negativo y se genera una sensación de impunidad que refuerza la identidad en torno a estas características;
- b) cuando sólo se da una consecuencia negativa a la conducta pero no se valida la expresión emocional que hay detrás, es decir, el contenido de la experiencia privada no compartida con el grupo.
- c) cuando la consecuencia responde a la conducta de la expresión compartida con el grupo pero de forma no coherente o desproporcionada.
- d) cuando el cambio supone una renuncia a la identidad y no parte de los recursos del joven.

Por otra parte, la intervención como contención validante:

- a) da siempre una respuesta o consecuencia negativa a la conducta problemática, de una manera coherente entre todos los miembros que intervienen con el joven;

- b) valida la experiencia privada no compartida, rescatando el sentimiento y lo que de intención positiva pudiera tener dicha conducta inadecuada, valorando lo que ello representa;
- c) rescata la parte positiva también a través de los recursos de que ya dispone, de forma que el cambio en la expresión no suponga una renuncia a los contenidos de su identidad, y oferta vías que promuevan y se basen en la progresiva responsabilización del joven;
- d) parte de un profesional que actúa como referente, que contiene las conductas inapropiadas y las traduce (rescatando lo que de sentimiento positivo tienen y dando una consecuencia proporcional a la conducta), que responsabiliza al joven desde su responsabilidad y que mantiene un equilibrio en la intervención aunque ésta sea violenta. O lo que es lo mismo, interviene sobre la inestabilidad emocional del joven, desde su propia estabilidad;
- e) la validación no parte sólo de la detección del contenido de la expresión emocional no compartida. Sino que también esta última puede crearse como una nueva narrativa en el seno de la relación del joven con el profesional, hacia la que desarrolla un apego seguro, habida cuenta de las características contenedoras de la misma. Dicha narrativa supone una «traducción» de los contenidos incontrolados, proyectados en la relación; dicha validación, nuevamente, parte de una disposición psíquica del profesional que resulta contenedora, para crear una narración que recoja la emoción no compartida y para expresarla adecuadamente. Así, desde la zona de desarrollo próximo, el profesional demuestra y valida al educando no sólo lo que hace, sino lo que puede llegar a hacer. Es decir, el profesional imagina que el joven puede hacerlo; el joven mediante la internalización de la dinámica in-

terpersonal establecida, imagina que él puede hacerlo; el joven lo hace sucesivamente o en otras palabras y sólo quizá otro sentido, realizar *«el menor gesto significativo que venga a decir: tú existes en mi consideración y lo que tú haces es importante para mí»* (Cyrułnik, B. 2003: 100).

- f) se entiende que las características descritas en el apartado anterior se aplican a todos los niveles de intervención de la red.

CARACTERÍSTICAS DEL PROFESIONAL

Somos conscientes de que el perfil de profesional que proponemos requiere unas características exigentes y que pueden parecer excesivamente duras para el mismo, pero coincidimos con mucha bibliografía especializada.

Gunderson & Gabbard (2002: 40) recogen una serie de actitudes del terapeuta que consideran como necesarias para poder intervenir:

- Piensa que el paciente tiene interés (p.ej., provocador, conmovedor, desconcertante, atrayente, necesitado, sagaz).
- Considera que el paciente puede mejorar.
- Acepta que él puede ser esencial para el bienestar del paciente: asume una responsabilidad importante.
- Percibe al paciente con comprensión (las hostilidades, la impulsividad y los síntomas aparecen por alguna razón).
- Piensa que puede ayudar.
- Está dispuesto a perseverar pese a tener que hacer cosas que no desea hacer o pese a ser criticado u ofendido.
- Está dispuesto a trabajar en colaboración con otros y a recurrir a supervisión o consultas.

Por otra parte, y además de estas actitudes, existen algunos rasgos de carácter importantes para el éxito de la intervención. Swenson (Kenberg and Linehan 1989: 26-35) señala que los terapeutas que suelen funcionar son responsables, algo audaces, orientados hacia la acción y alegres (los que no son delicados, remilgados, pasivos o controladores). También menciona que autores como Kenberg o Linehan, que provienen de enfoques terapéuticos muy diferentes, son autoritarios, seguros, energéticos y claros, trasmitiendo la sensación de que están presentes, comprometidos y que son indestructibles. Parecen impertérritos ante el conflicto, e, incluso, parecen disfrutar de las discusiones y desacuerdos.

En la misma línea Gradillas (2002: 64), señala en referencia al médico no especialista en relación con personalidades disociales que *«ha de mostrarse firme pero sin autosuficiencia, respetuoso, sin ocasionar con sus palabras o gestos motivos para irritar innecesariamente al enfermo, y limitarse sobre todo a su actuación profesional»*.

Estas últimas referencias subrayan la importancia que dábamos anteriormente a la persona del profesional. Así, más allá de la técnica, sin duda importante, lo diferencial lo constituyen características como las mencionadas en el párrafo anterior. Es por ello, que sea tan importante ser consciente de las necesidades del profesional, así como de las tensiones inherentes en el mismo cuando tiene que intervenir desde la firmeza. En este sentido, Alexander recoge dos tipos de capacidades en el profesional: la operativa (fe en sí mismo, buen «joining con la familia» y la capacidad de estimulación de la interacción) que es muy importante y la relacional (empatía, humor, la calidez y la *integración afectivo-comportamental*) que es decisiva para obtener un resultado excelente.

En la misma línea, Figley & Nelson (1989: 349-366) y Breulin et al (1989: 387-395), coinciden en señalar en sus estudios que resulta más importante la persona del terapeuta que sus competencias como terapeutas.

Sin embargo, este es un aspecto que pasa desapercibido para muchos profesionales o que es relegado a un espacio de menor categoría por otros. De hecho, tal y como señala Cyrulnik, «*resulta muy sorprendente constatar hasta qué punto los educadores subestiman el efecto de su persona y sobrevaloran la trasmisión de sus conocimientos. Muchos niños, realmente muchos, explican en las psicoterapias hasta qué punto un educador modificó la trayectoria de su existencia mediante una simple actitud o una frase, anodina para el adulto pero capaz de conmocionar al chico. Los educadores, en cambio, no tienen conciencia de este poder*» (Cyrulnik, B. 2003: 100). En definitiva, el profesional debe ser un agente contenedor y validante, es decir, firme y cercano.

BIBLIOGRAFÍA

- ALEXANDER, J. F.; SCHIAVO, R. S.; PARSON, B.V. (1976): «Systems behavioural interventions with families of delinquents. Therapist characteristics, family behaviour and outcome». BREULIN, D. (1989): «The prediction of learning in family therapy training programs», *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, págs. 387-395.
- CABRÉ, V., y CASTILLO, J. A. (2003): «Las tensiones inherentes al ejercicio profesional», *Revista de Educación Social*, nº 23.
- CIRILLO, S. (1997): «El subtipo «regular» de la familia del paciente antisocial», REDES, volumen II, n.º 1, págs. 29-42.
- CYRULNIK, B. (2003): «El murmullo de los fantasmas», Gedisa Editorial. Barcelona.
- FIGLEY, C., y NELSON, T. (1989): «Basic family therapy skill. Conceptualization and initial findings», *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, págs. 349-366.
- GRADILLAS, V. (2002): «Trastornos de personalidad en la práctica médica», Masson. Barcelona.
- GUNDERSON, J. G., y GABBARD, G. O. (2002): «Psicoterapia en los trastornos de personalidad», Ars Médica. Barcelona.
- JEAMMET, P. (2002): «La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza a la identidad», *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, núms. 33/34, págs. 59-91.
- LINARES, J. L. (1996): «Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica», Paidós. Barcelona.
- LINEHAN, M. M. (2003): «Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite», Paidós. Barcelona.
- MANCIAUX, M. (2003): «La Resiliencia: resistir y rehacerse», Gedisa. Barcelona.
- MOORE, B. E., y FINE, B. D. (1997): «Términos y conceptos psicoanalíticos», Biblioteca Nueva. Madrid.
- PLAZA DEL RÍO, F. S. (1996): «La disciplina escolar o el arte de la convivencia», Ediciones Aljibe. Málaga.
- SWENSON, C. (1989): «Kenberg and Linehan: two approaches to the borderline patient», *Journal of Personal Disord*, 311, págs. 26-35.
- VALDIVIA, C. (2003): «Los estilos educativos en la educación familiar», Letras de Deusto, págs. 29-61. Bilbao.
- VYGOTSKI, L. S. (1978): «El desarrollo de los procesos mentales superiores», Biblioteca de Bolsillo. Barcelona.

LA FORJA DEL ANTI SOCIAL:
¿CÓMO SON LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES
QUE SERÁN DIAGNOSTICADOS
DE TRASTORNO ANTI SOCIAL
DE LA PERSONALIDAD

HILARIO BLASCO FONTECILLA

INTRODUCCIÓN

El trastorno antisocial de la personalidad (TAP) se caracteriza principalmente por la falta de respeto y violación de los derechos de los demás, con la lógica preocupación y consecuencias sociales que ello acarrea (Loeber et al, 2002). Su prevalencia media en el estudio ECA es de 2,6%, siendo la tasa mayor para los hombres (4,5%) que en mujeres (0,8%) (De Girolano & Reich, 1993). Se ha dicho que es el más controvertido de los trastornos de la personalidad (TP) (Frances, 1980). Así, es obligatorio para su diagnóstico en las clasificaciones internacionales actuales el que las alteraciones conductuales se inicien antes de los 15 años, pero sin embargo no se permite su diagnóstico hasta que el individuo es adulto. Asimismo y a pesar de que es uno de los TP más estudiados (De Girolano & Reich, 1993), aún hay numerosos elementos sobre su etiología, desarrollo y prevención que siguen siendo oscuros (Moran & Hagel, 2001, Farrington & Coid, 2003). Las raíces del TAP están en la infancia y adolescencia, siendo fundamental descubrir los procesos causales que lo determinan para ser capaces posteriormente de

generar políticas de prevención bien orientadas y efectivas, dada la dificultad —sino imposibilidad— de tratamiento de este trastorno una vez el individuo es adulto.

En la presente comunicación se revisan los principales factores precursores del TAP en la infancia y adolescencia y se hipotetiza un novedoso modelo jerárquico del desarrollo de este trastorno.

INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL

En esta comunicación se defiende la hipótesis de que el TAP y la psicopatía, aunque son términos que han venido y usándose indistintamente son dos trastornos que debieran ser diferenciados. El concepto clásico de psicopatía como TP ha sido ya abandonado y en la actualidad se usa para referirse a:

1. Un concepto Legal (declaración de salud mental inglesa): individuos peligrosos para los demás.
2. Un concepto clínico:
 - a) En términos de conducta.
 - b) En términos de rasgos de personalidad (crueldad, falta de remordimiento o culpa, imposibilidad de aprender por la experiencia, grandiosidad, arrogancia, manipulación, tendencia a violar las normas, pobreza de afectos, vida sexual peculiar, locus de control externo, despreocupación por los sentimientos de los demás, falta de objetivos, etc.).
3. Como un término peyorativo.

En mi opinión, el *trastorno antisocial de la personalidad* (TAP) pudiera ser usado como un concepto amplio que tendría que ver con una descripción del comportamiento antisocial, dentro del cual se englobaría el concepto de *psicopatía*, que es un término que probablemente ha sobrevivido

para categorizar a un subgrupo de individuos en el extremo de un *continuum* dentro de la categoría del TAP y que definiría a los individuos más agresivos y fríos emocionalmente —coincidiendo más con la descripción realizada por Cleckley— y que tendría una relación más directa con el crimen y quizá una mayor carga genética, y que pudieran corresponder con el subgrupo de niños extremadamente fríos y con múltiples conductas antisociales a pesar de la aparente buena calidad educativa parental(Wootton et al, 1997); de hecho, hay un subgrupo de niños antisociales que se caracterizan por los rasgos de personalidad de los psicópatas y que se engloba en el grupo de niños descritos por Moffitt (1993) por su «comportamiento antisocial persistente a lo largo de toda la vida»). Las personas interesadas en una discusión más amplia sobre este tema son referidas al artículo original (Blasco, 2004).

FACTORES PRECURSORES DEL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

La investigación de la etiología de los trastornos de la personalidad (TP) ha sido descuidada (Coid, 1999). Paris (1996) critica la asunción simplista de que los TP eran debidos a algún trauma infantil y defiende una postura *bio-psicosocial* en la que los tres componentes son necesarios pero no suficientes. En relación al TAP, Moran (1999) dice que en su desarrollo están implicados las complejas interacciones entre el niño en desarrollo, los padres y el ambiente social.

Uno de los principales problemas es que aunque se conocen algunos de los factores implicados, no está claro si son o no *específicos* en el desarrollo del TAP (Moran & Haggel, 2001). Así, aunque el trastorno de la conducta (TC) es el principal precursor del TAP, también lo es de otros TP —como el *dependiente en mujeres* (Zeitlin, 1986)— y de enfermedades mentales —como problemas emocionales y so-

matizaciones en mujeres (Robins, 1986)—. De hecho, Bernstein et al (1996) sugieren que los problemas de conducta en la niñez debieran ser considerados como un precursor de TP en general.

1. Precursors psicopatológicos

El trastorno de conducta (TC)

El trastorno de conducta se define por un patrón de conducta antisocial persistente y maladaptativo en la infancia. Es el principal motivo de consulta psiquiátrica en la infancia —de 1/3 a la mitad— (Robins, 1991; Goodman & Scott, 1997) y se da en un 9% en poblaciones urbanas y 4% de las rurales (Rutter et al, 1975). Hay autores que sugieren que no debiera haber separación entre el trastorno de conducta en la infancia y el trastorno antisocial del adulto. De hecho, el trastorno de conducta de la infancia o adolescencia es una condición *necesaria* pero *no suficiente* para el desarrollo del trastorno antisocial de la personalidad, siendo la relación entre ambos *asimétrica* —lo cual indica que nuestra capacidad para identificar los niños en riesgo es limitada— (ver gráfico 1). Además, uno de los principales problemas es llegar a saber cuál es el nivel de alteración de conducta que debe preocuparnos, pues los trastornos de conducta son más frecuentes en la infancia, muchos adolescentes normales muestran comportamientos antisociales y ello no significa necesariamente que deban tener gran riesgo de TAP (Zocolillo et al, 1992). De hecho, diferentes autores encuentran casi normativo los problemas de conducta y delincuencia durante la adolescencia (Lynam, 1996; Moffit & Caspi, 2001).

Por otra parte, Moffit (1993) sugirió que había dos grupos de trastornos de conducta (ver tabla 1), siendo el de inicio precoz el de mayor riesgo para desarrollar TAP.

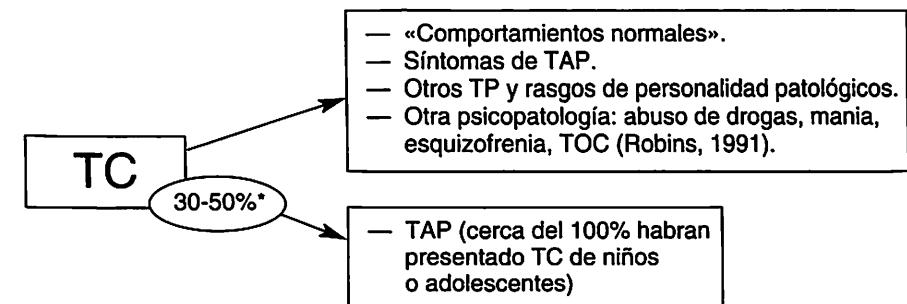


Fig. 1. Evolución del trastorno de conducta hacia TAP y otros trastornos.

TABLA I
Diferencias entre el TC de inicio precoz y el de inicio tardío

	Inicio precoz/persistente a lo largo de la vida	Inicio tardío/limitado a la adolescencia
Edad de inicio	Antes de los 10 años	Después de los 10 años
Frecuencia	Raro	Frecuente
Trastorno neuropsicológico	Frecuente	Raro
Relaciones sociales	Malas	Mejores (carácter adaptativo)
Agresión abierta	Frecuente	Raro
Asociado a...	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres con relaciones familiares «débiles» • Abandono precoz de la escuela • Rasgos de personalidad psicopáticos (impulsividad, crueldad) • Crímenes violentos 	<ul style="list-style-type: none"> — Poca convencionalidad — Potencia de socialización — Delincuencia sin violencia
Predecido por...	Temperamento incontrolado y retraso motor a la edad de 3 años	Tener compañeros delincuentes
Proporción hombre/mujer	10/1	1.5/1
Heredabilidad	+++++	++
Criminalidad	+++++	++
Pronóstico y ajuste de adulto	Malo	Mejor

Por otra parte, los factores de riesgo para el inicio de un trastorno de conducta no son necesariamente los mismos que ayudan a que el TC se mantenga. Así, debido a la alta frecuencia de conductas antisociales, ¿podemos predecir que niños están en riesgo para desarrollar un *trastorno de conducta*? Sí, al menos parcialmente: suelen ser *niños* que establecen peleas de manera «estable» (Loeber et al, 2003) y frecuente, que presentan trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que suelen ser diagnosticados de trastorno oposicionista (TO), son impulsivos, presentan un CI verbal bajo y diversos déficits neuropsicológicos; en relación con los *padres y el entorno* son factores de riesgo la psicopatía paterna y materna, así como consumo de tóxicos de los padres, vivir en un medio de bajo nivel socioeconómico, la presencia de una madre joven, una educación familiar pobre y vivir en barrios desorganizados.

Y una vez diagnosticados de trastorno de conducta, ¿qué niños son los que están en riesgo de desarrollar finalmente TAP? Aquellos que inician el TC precozmente —antes de los 10 años—, aquellos que presentan una alta frecuencia, diversidad y gravedad de las conductas antisociales, así como un CI —especialmente verbal— bajo, ADHD y los padres a su vez han sido diagnosticados de TAP.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El TDAH es una entidad clínica caracterizada por unos criterios clínicos en la cual se engloban niños caracterizados por un nivel de actividad mayor de lo normal, así como un exceso de intención e impulsividad entre otros. Es otro de los principales factores de riesgo para desarrollar un TAP. Así, Mannuzza et al (1993) encuentran que los niños hiperactivos son diagnosticados de adultos 10 veces más de TAP que los no hiperactivos.

Uno de los grandes problemas es la confusión diagnóstica y superposición del *TDAH* y *trastorno de conducta/oposicionista* (Gittelman et al, 1985), pues aunque hoy son considerados distintos trastornos (Scott, 1998), hay una gran comorbilidad entre ellos y de hecho, ¿por qué la impulsividad, sigue siendo como es un criterio diagnóstico para el TDAH pero no para el TC, si tenemos en cuenta que la impulsividad es uno de los principales criterios diagnósticos del grupo B de TP? Parece que el TDAH predispondría al TC (Gittelman et al, 1985) y provocaría que además, los niños con TC presenten un número mayor de trastornos de conducta y que se dieran antes (Thompson et al, 1996).

Otra de las cuestiones importantes es llegar a saber que componente del TDAH es más importante, el *déficit de atención* o la *impulsividad-hiperactividad*, aunque probablemente ambas cumplan un papel en la evolución hacia TAP a través de caminos evolutivos distintos; así, el *déficit de atención* lo ejercería a través de dificultad para entender las normas sociales y para solucionar problemas, mientras que la dimensión de la *impulsividad-hiperactividad* facilitaría un estilo agresivo con baja tolerancia a la frustración, lo cual llevaría a la exclusión social y a relacionarse con compañeros marginales, pudiendo derivar en una carrera criminal.

Precursores psicopatológicos: interacción TC-TDAH

La comorbilidad entre ambos trastornos llega al 30-50% y si se inicia de manera precoz el pronóstico evolutivo es sombrío (Lynam, 1996). Cabe preguntarse por el papel diferencial de ambos trastornos en el desarrollo del TAP. Así, diferentes investigadores han señalado que de manera secuencial se tiene más riesgo de desarrollo de TAP con la combinación de ambos trastornos, seguidos por la presencia de TC únicamente y finalmente, de TDAH en soledad (Walker et al, 1987; Farrington et al, 1990; Loeber et al, 1990; Ly-

nam, 96). Así, el papel del TDAH parece ser más el de un factor mediador que facilitaría la aparición del *trastorno oposicionista* (TO) y éste a su vez de TC. De hecho, el TDAH aparece 2.5 años antes que el trastorno oposicionista de la conducta (Fischer et al, 1993).

2. Factores precursores: genes

Su papel es cada vez más evidente en los comportamientos agresivos (Plomin et al, 1990; Cadoret et al, 1997). Parece ser que el papel de los genes es más determinante en el comportamiento antisocial en el adulto, mientras que los elementos ambientales cobran mayor importancia en los niños y adolescentes.

Asimismo, la prevalencia de TAP en los padres de niños con TC —pero no hiperactividad— es mayor (Stewart et al, 1980), lo cual sugiere una mayor continuidad TC-TAP que hiperactividad-TAP.

3. Factores precursores: temperamento y alteraciones neurocognitiva

Diversos autores han encontrado lazos entre *agresión, altos niveles de sociabilidad, actividad e impulsividad* en la infancia y posteriores comportamientos antisociales y delictivos (Moran, 1999; Moran & Hagell, 2001). Así, Caspi & Silva (1995) señalan que los niños que ellos califican como *incontrolables* —impulsivos, irritables, fácilmente distraíbles y lábiles emocionalmente— tienen 3 veces más probabilidades de ser diagnosticados de TAP de adultos que los niños *inhibidos o bien ajustados*. Por otra parte, la *impulsividad* se ha relacionado al comportamiento antisocial en hombres (Tremblay et al, 1994) y psicopatía (Vitacco & Rogers, 2001). También se ha encontrado que los niños con TC y TDAH

comorbido son más *buscadores de sensaciones* (Russo et al, 1993). Son niños que usan la *agresividad para resolver los conflictos*, en vez de usar soluciones más constructivas (Dodge et al, 1994) y mantienen *actitudes positivas* sobre la agresión (Dodge & Schwartz, 1997). Finalmente, el efecto nocivo del abuso físico sobre la conducta de los niños podría estar mediado por la *atribución de intenciones hostiles a los demás*.

4. Factores precursores: factores ambientales

El maltrato en la infancia es un factor de riesgo universal para los comportamientos antisociales (Caspi et al, 2002). Arseneault et al (2000) remarcan la importancia de la interacción *niño-mala educación* por parte de los *padres-adversidad social* para predecir las agresiones crónicas en poblaciones jóvenes. Moffit & Caspi (2003) señalan que el ambiente familiar compartido puede explicar aproximadamente 1/3 de la varianza del comportamiento antisocial en la infancia. Finalmente, Coid (1999) encuentra que el TAP está asociado independientemente con —en orden descendente— problemas de pareja entre los padres, hermanos delincuentes, haber sido criado en adopción/casa acogida, pobreza, un padre criminal, crueldad, asalto sexual por un desconocido y pérdida de un parente.

A) Educación por parte de los padres (cuidadores)

El estilo educador de los padres podría explicar hasta 1/3 de la varianza de los comportamientos agresivos. La manera de educar es diametralmente opuesta a la que se dirigiría a extinguir los comportamientos antisociales. La investigación ha demostrado que la mejor manera de incrementar los comportamientos deseados es elogiándolos/premiándolos, y

de erradicar los indeseados ignorarlos (y no castigarlos). Los padres de los niños agresivos hacen exactamente lo contrario: preocupados por sus propios problemas, ignoran los comportamientos buenos de sus hijos —contribuyendo a erradicarlos— y los niños «prefieren» portarse mal como una manera de conseguir atención más que ser ignorados (experimento de las ratas). Los padres pueden responder a los malos comportamientos con rechazo, disciplina excesivamente dura (militar) y/o «pasando». Todas estas estrategias están asociadas con comportamientos antisociales en el largo plazo (Farrington, 1994) y finalmente constituyen un círculo vicioso.

Farrington (1994) señala que los siguientes factores educativos han sido repetidamente asociados al comportamiento antisocial «estable»:

1. Falta de supervisión.
2. Disciplina excesivamente dura o errática (incluye maltrato, cuidado negligente).
3. Problemas de relación entre los padres.
4. Rechazo del niño.
5. Implicación pobre en las actividades del niño.

En relación al primer factor señalado, es decir, la falta de supervisión, hay una relación inversamente proporcional con los problemas de conducta en la infancia y adolescencia (Dishion & McMahon, 1998). ¿Qué es primero, un niño «travieso» o un padre «despreocupado»? Vuchinich et al (1992) hipotetizan con que esto se deba a que los niños se portan mal y los padres finalmente se hartan de controlarlos. Kilkogore et al (2000), sin embargo, encuentran que la falta de monitorización de los padres no es sólo debida al comportamiento de sus hijos. Lahey et al (2002) señala que quizá pueda ser explicado por las características de estos padres, con altas tasas de TAP y abuso de substancias, maternidad temprana y madres no conviviendo con el padre biológico; también podrían ser correlaciones no causales. Lo que pa-

rece es que ambos factores —un niño travieso y un padre despreocupado— se interrelacionan en otro círculo vicioso.

En relación al segundo factor, este es, la *disciplina excesivamente dura o errática*, afortunadamente se ha comprobado falsa la afirmación de que todos los niños sometidos a abusos desarrollarían TAP de adultos (Zingraff et al, 1993). Lo que no se sabe es porque unos sí y otros no. Por otra parte, parece que el papel del *maltrato físico* se ejercería incrementando la posibilidad de que el niño presente problemas de conducta en la infancia (Cohen & Brook, 1995; Kandel & Wu, 1995); así, los chicos maltratados o desatendidos tienen un riesgo mayor de TAP de adultos (Luntz & Widom, 1994; Johnson et al, 1999).

Por otra parte, la *maternidad temprana* también se ha relacionado con el desarrollo de TAP en su prole. Jaffee et al (2001) ofrecen dos posibles explicaciones: estas madres son no sólo jóvenes sino inadecuadas en el papel de madres y, en segundo lugar, debido a las consecuencias que la maternidad a una edad temprana tiene en el entorno familiar.

B) Psicopatología en los padres y emparejamiento entre antisociales

Coid (1999) señala la asociación de una historia familiar de trastornos de personalidad y el desarrollo de TAP en la progenie y Moran & Hagell (2001) señalan que la presencia de TAP en el padre y/o madre se asocian a un mayor riesgo de TAP en la progenie y todavía no se ha determinado con claridad si esto es secundario más a la herencia genética o al papel del ambiente. Por otra parte, los niños con TC cuyos padres manifiestan más comportamientos antisociales tienen más posibilidades de ser diagnosticados de TAP de adultos (Robins, 1966; Robins & Ratcliff, 1979). Lahey et al (1988) encuentran asociación de la presencia de TAP en el padre y TC en el niño y Fischer et al (1993) encuentran que

los actos antisociales en los padres (hombres) se asociaban más al trastorno oposicionista que al TC.

Por otra parte, hay cierta tendencia al emparejamiento entre individuos antisociales (Krueger et al, 1998; Moffit & Caspi, 2003). Krueger et al (1998) sugieren que esto podría explicar la tendencia a la concentración de los comportamientos antisociales en familias.

C) Problemas de pareja y violencia

Los problemas de pareja se han asociado a la presencia de TC en la progenie (Graham & Rutter, 1973). Grych & Fincham (1990) encuentran que la intensidad y gravedad del conflicto de pareja, pero no la edad ni el sexo del niño está relacionado con la alteración conductual. Por otra parte, Lahey et al (1988) encuentran que el divorcio, si no va acompañado de TAP en los padres, no se asocia *per se* a riesgo de TC en su progenie.

Moffit & Caspi (2003) revisan la relación de la violencia entre la pareja y la continuidad intergeneracional de los comportamientos antisociales y concluyen que *la violencia en la pareja*:

1. Tiende a concentrarse entre hombres y mujeres jóvenes no casados y que tienen su propia historia de problemas de conducta.
2. Predice el propio maltrato de sus hijos (riesgo 3-9 veces mayor).
3. Tanto el *maltrato directo* como *ser testigo de las agresiones* en la pareja, predicen el desarrollo de problemas conductuales en esos niños, quienes están en riesgo de ser futuros maltratadores de sus parejas, cerrando otro círculo vicioso —el de la violencia intergeneracional—. De hecho, la presencia de problemas de conducta en la infancia es el principal predictor de violencia en la pareja de adultos.

4. La violencia en la pareja es un *buen objetivo para la prevención*.

Asimismo, estos mismos autores señalan que la violencia entre familiares es más probable que persista que la violencia «de la calle» y muestran algunos posibles caminos por los que se perpetuaría los comportamientos antisociales intergeneracionalmente:

1. Perjudicando la calidad de la educación de los padres.
2. Los niños ven amenazada su seguridad o creen que ellos son los responsables del conflicto.
3. Los niños imitan los comportamientos violentos de sus padres.
4. Los problemas de conducta son secundarios a los genes, siendo innecesario que presencien la violencia en la pareja.

5. Factores precursores: interacción genes-ambiente

Muchos autores opinan que la interacción de ambos es crucial para explicar el comportamiento antisocial (Rutter, 1997; Lahey et al, 1999). Langbehn et al (1998) encuentra que en los hombres los antecedentes biológicos antisociales estaban relacionados con el *trastorno oposicionista (TO)* mientras que un ambiente adverso lo estaba con TC, sugiriendo diferentes vías de desarrollo, siendo la aparición temprana de TO la expresión temprana de genes relacionados con la conducta antisocial. Cadoret et al (1995) encuentra en su estudio con 197 niños adoptados de padres biológicos con TAP que tanto los genes como un ambiente adverso estaban implicados en el desarrollo de la agresividad, TC y TAP.

En un interesante estudio de Caspi et al (2002) examinan la relación del gen de la MAO-A y el ambiente adverso (maltrato en la infancia) en el comportamiento antisocial y descubren que los varones con alta MAO-A estaban «prote-

gidos» a los efectos del maltrato, siendo más improbable que tuvieran comportamientos antisociales. Así, se considera que los niños más «maleables» están «protegidos» frente a un ambiente adverso.

6. Factores precursores: la cuestión del género

Hay pocos estudios realizados en mujeres (Moran & Haggell, 2001), quizá debido a la menor prevalencia del trastorno (de 2:1 a 7:1) y a que los criterios usados —por ejemplo en el DSM-III-R— son claramente más «adecuados» para los varones. Así, ¿es posible que parte de las pacientes que son diagnosticadas de TP límite en realidad no sean más que la expresión fenotípica del TAP en mujeres? Los datos epidemiológicos podrían ser un artefacto debido a los criterios diagnósticos usados. De hecho, hay una gran superposición entre los TP histérico y límite, e incluso se ha postulado que la histeria en mujeres sería el equivalente al TAP en hombres (Cloninger et al, 1975).

La mayoría de las mujeres que tienen conductas antisociales se encuentran en el grupo de inicio de la adolescencia, siendo muy raro el inicio precoz, probablemente debido a la baja frecuencia de déficits neurocognitivos, hiperactividad y temperamento incontrolado (Moffit & Caspi, 2001). Silverthorn & Frick (1995) critican la aplicación del modelo de Moffit a las mujeres y opinan que sólo existe el grupo de inicio en la adolescencia y que sería similar al grupo de inicio precoz en los varones. Kratzer & Hodgins (1996) creen a su vez que hay un grupo de inicio de adultos, que sería el más numeroso según ellos.

7. Factores precursores: otros

- Embarazo: La malnutrición severa prenatal en el primer y segundo trimestre se ha asociado a TAP en va-

rones adultos jóvenes (Neugebauer, Hoek & Susser, 1999). A pesar del rigor con el que se hizo este estudio, hay que tener en cuenta que es retrospectivo.

- Anormalidades físicas mínimas se han asociado a hiperactividad (Fogel et al, 1985) y criminalidad en el adulto (Kandel et al, 1989). Waldrop & Halverson (1968) sugieren que está relacionado con el número de anomalías y no con el tipo; Arseneault et al (2000) encuentra que las anormalidades de la boca junto a problemas en el entorno familiar se asocian a la delincuencia juvenil.
- Raza: no hay diferencias de prevalencia (Robins et al, 1991).
- Medio urbano y sociedades occidentalizadas: tanto el TC como el TAP son más frecuentes (continuidad??).
- Factores protectores: elasticidad (*resilience*), educación estricta/adecuada (Robins, 1966); CI = o > 115, alto nivel económico familiar y una madre con alto nivel educativo (Lahey et al, 2002); la percepción de soporte social, supervisión parental y participación en clase (Morrison et al, 2002); estabilidad familiar (Quinton et al, 1993); tener pocos amigos (Farrington et al, 1988).

PRESENTACIÓN DE UN MODELO DE DESARROLLO JERÁRQUICO DEL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

En primer lugar, los genes incrementan el riesgo de que los niños padezcan dificultades temperamentales y psicopatológicas y su importancia dependerá del tipo de trastorno. Así, el papel de los genes es más importante en el trastorno oposicionista y en el comportamiento antisocial que se inicia precozmente (Moffit, 1993). En el modelo presentado, el papel del trastorno oposicionista y del TC de inicio precoz es fundamental y aunque el TO ejercería habitualmente su papel como factor precursor del TC, también es posible que una pequeña

proporción de niños evolucionen directamente desde el TO al TAP. En este modelo, el papel del TDAH sería más como mediador a través del TO y del TC aunque también pudiera en alguna ocasión derivar directamente en el desarrollo de TAP.

Estos niños que tienen estos factores de riesgo, asimismo, tienen más posibilidades de que sus madres sean jóvenes y que uno o ambos padres tengan alguna condición psiquiátrica, especialmente TAP u otros TP, así como de vivir en un ambiente de riesgo, iniciándose una cascada de múltiples círculos viciosos. Estos niños, debido a sus dificultades, serían más difíciles de criar y a mantener relaciones más tensas con sus cuidadores. Asimismo, las dificultades señaladas y el hecho de que las dificultades neuropsicológicas que suelen mostrar haga su adaptación al medio escolar sea más difícil y que sean malos estudiantes, siendo más probable el rechazo por parte de otros niños, tendiendo a juntarse a niños con características antisociales (Scott, 1998) y en el medio de ese grupo las conductas antisociales se aprenderían y resultarían reforzadas y un buen medio para el «aprendizaje» antisocial de estos niños y adolescentes.

El papel de los genes sería indirecto —a través de las predisposiciones temperamentales y psicopatología— y el papel del aprendizaje en el seno familiar sería el principal mecanismo a través del cual los genes, temperamento y psicopatología ejercerían su papel. Lo que no está claro es que porcentaje de los TAP se pueden atribuir a los genes o al ambiente, pero se podría hipotetizar que a mayor carga genética, sería menor la necesidad de elementos ambientales perjudiciales.

Finalmente, en este modelo habría un continuum entre lo que se considera una conducta normal y el TAP, pasando por conductas antisociales aisladas y que finalizaría en la psicopatía, que tal y como postulaba en la introducción, debiera ser una categoría diagnóstica que se aplicara a un subgrupo de individuos con TAP pero más agresivos y fríos emocionalmente y más asociado a conductas criminales.

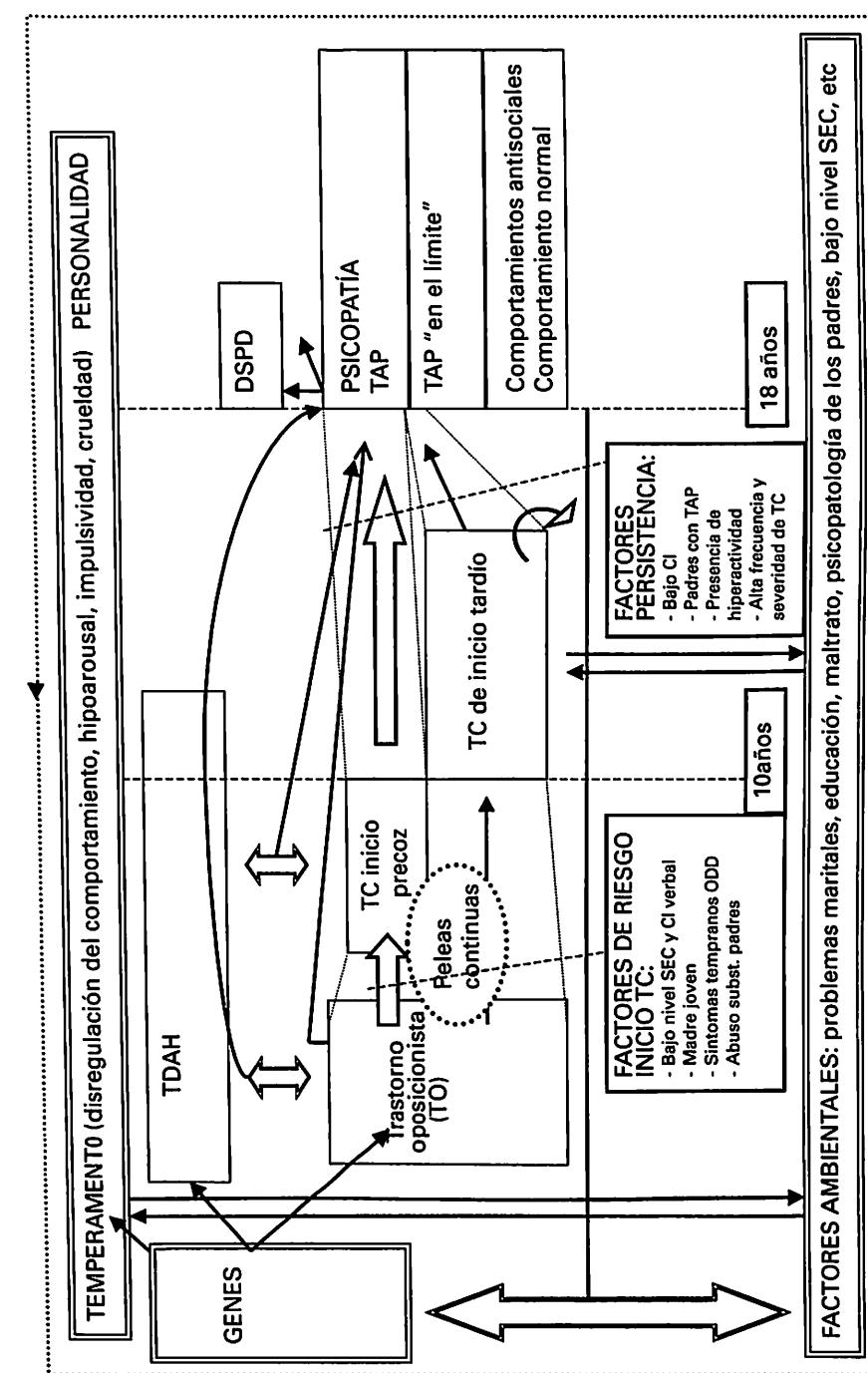


Fig. 2. Modelo jerárquico del desarrollo del trastorno de personalidad antisocial.

BIBLIOGRAFÍA

- ARSENEAULT, L.; TREMBLAY, R. E.; BOULERICE, B.; SEGUIN, J. R., & Saucier, J. F. (2000): «Minor physical anomalies and family adversity as risk factors for violent delinquency in adolescence». *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 917-23.
- BERNSTEIN, D. P.; COHEN, P.; SKODOL, A.; BEZIRGANIAN, S.; BROOK, J. S. (1996): «Childhood antecedents of adolescent personality disorders». *American Journal of Psychiatry* 153(7), 907-13.
- BLASCO FONTECILLA, H.: «Sobre la diferenciación conceptual del trastorno de personalidad antisocial y psicopatía. V congreso de psiquiatria.com <http://www.psiquiatria.com/intersquis/2004/14657>.
- CADORET, R. J.; LEVE, L. D.; DEVOR, E. (1997): «Genetics of aggressive and violent behavior». *The Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 301-22.
- CADORET, R. J.; YATES, W. R.; TROUGHTON, E.; WOODWORTH, G., & STEWART, M. A. (1995): «Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders». *Archives of General Psychiatry*, 52(11), 916-24.
- CASPI, A.; McCLAY, J.; MOFFITT, T. E.; MILL, J.; MARTIN, J.; CRAIG, I. W.; TAYLOR, A.; POULTON, R. (2002): «Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children». *Science*, 297, 851-4.
- CASPI, A., & SILVA, P. A. (1995): «Temperamental qualities at age 3 predict personality traits in young adulthood: longitudinal evidence from a birth cohort». *Child Development*, 66(2), 486-98.
- CLONINGER, C. R.; REICH, T.; GUZE, S. B. (1975): «The multifactorial model of disease transmission: II. Sex differences in the familial transmission of sociopathy (antisocial personality)». *British Journal of Psychiatry*, 127, 11-22.
- COHEN, P., & BROOKS, J. S. (1995): «The reciprocal influence of punishment and child behavior disorder». In McCord, J. (Ed.). *Coercion and punishment in long-term perspectives*. (154-164). Cambridge: Cambridge University Press.
- COID, J. W. (1999): «Aetiological risk factors for personality disorders». *British Journal of Psychiatry*, 174, 530-8.
- DE GIROLANO, G., & REICH, J. H. (1993): «Personality disorders (Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems)». *World Health Organization*, Geneva.
- DISHION, T. J., & MCHMAHON, R. J. (1998): «Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: a conceptual and empirical formulation». *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(1), 61-75.
- DODGE, K. A., LOCHMAN, J. E. (1994): «Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and non-aggressive boys». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 366-74.
- DODGE, K. A. & SCHWARTZ, D. (1997): Social information processing mechanisms in aggressive behaviour, cited by Moran, P. & Hagell, A. Intervening to prevent antisocial personality disorder: a scoping review. Home Office Research Study 225. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/index.html>
- FARRINGTON, D. P. (1994): «Early developmental prevention of juvenile delinquency». *Criminal Behavior and Mental Health*, 4(3), 209-27.
- FARRINGTON, D. P. & COID, J. W. (2003): Conclusions and the way forward. In D.P. Farrington, & J.W. Coid (Eds.). Early prevention of adult antisocial behaviour. Cambridge: Cambridge University Press.
- FARRINGTON, D. P.; GALLAGHER, B.; MORLEY, L.; ST LEDGER, R. J.; WEST, D. J. (1988): «Are there any successful men from criminogenic backgrounds?» *Psychiatry*, 51(2), 116-130.
- FARRINGTON, D., LOEBER, R., & VAN KAMMEN, W. B. (1990): Long-term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention deficit and conduct problems in childhood, cited by L.N. Robins, M. Rutter (Eds.) *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*, 62-81. Cambridge University Press: Cambridge.

- FISCHER, M.; BARKLEY, R. A.; FLETCHER, K. E.; SMALLISH, L. (1993): «The adolescent outcome of hyperactive children: predictors of psychiatric, academic, social, and emotional Adjustment». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 324-32.
- FOGEL, C.A., MEDNICK, S.A., MICHELSSEN, N. (1985): «Hyperactive behavior and minor physical anomalies». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72(6), 551-556.
- FRANCES, A. J. (1980): «The DSM-III personality disorders section: a commentary». *American Journal Psychiatry*, 137(9), 1050-4.
- GITTELMAN, R.; MANNUZZA, S.; SHENKER, R., & BONAGURA, N. (1985): «Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status». *Archives of General Psychiatry*, 42(10), 937-947.
- GRAHAM, P., & RUTTER, M. (1973): «Psychiatric disorders in the young adolescent: a follow-up study». *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 66(12), 1226-9.
- GRYCH, J. H., & FINCHAM, F. D. (1990): «Marital conflict and children's adjustment: a cognitive-contextual framework». *Psychological Bulletin*, 108(2), 267-90.
- JAFFEE, S.; CASPI, A.; MOFFITT, T. E.; BELSKY, J.; SILVA, P. (2001): «Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood?» Results from a 20-year longitudinal study, 13(2), 377-97..
- JONSHON, J. G.; COHEN, P.; BROWN, J.; SMAILES, E. M., & BERSTEIN, D. P. (1999): «Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood». *Archives General Psychiatry*, 56(7), 600-606.
- KANDEL, E.; BRENNAN, P.; MEDNICK, S.A.; MICHELSSEN, N. M. (1989): «Minor physical anomalies and recidivistic adult violent criminal behavior». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 103-107.
- KANDEL, D. B.: WU, P. (1995): «Disentangling mother-child effects in the development of antisocial behavior». In McCord, J. (Ed.). *Coercion and punishment in long-term perspectives* (pp106-123). New York: Cambridge University Press.
- KILGORE, K.; SNYDER, J., & LENTZ, C. (2000): «The contribution of parental discipline, parental monitoring, and school risk to early-onset conduct problems in African American boys and girls». *Developmental Psychology*, 36(6), 835-845.
- KRATZER, L., & HODGINS, S. (1996): A tipology of offenders: A test of Moffitt's theory among males and females from childhood to age 30, cited by Moran, P. & Hagell, A. Intervening to prevent antisocial personality disorder: a scoping review. Home Office Research Study 225. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/index.html>
- LAHEY, B. B.; LOEBER, R.; BURKE, J.; RATHOUZ, P. J. (2002): Adolescent outcomes of childhood conduct disorder among clinic-referred boys: Predictors of improvement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 333-348.
- LAHEY, B. B.; PIACENTINI, J. C.; MCBURNETT, K.; STONE, P.; HARTDAGEN, S., & HYND, G. (1988): «Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(4), 516.
- LAHEY, B. B.; WALDMAN, I. D., & MCBURNETT, K. (1999): «Annotation: the development of antisocial behaviour: an integrative causal model». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 669-82.
- LANGBEHN, D. R.; CADORET, R. J.; YATES, W.R.; TROUGHTON, E. P.; STEWART, M. A. (1998): «Distinct contributions of conduct and oppositional defiant symptoms to adult antisocial behavior». *Archives of General Psychiatry*, 55, 821-829.
- LOEBER, R.; BURKE, J. D.; LAHEY, B. B. (2002): «What are adolescent antecedents to antisocial personality disorders?». *Criminal Behavior and Mental Health*, 12(1), 24-36.
- LOEBER, R.; GREEN, S. M., & LAHEY, B. B. (2003): «Risk factors for adult antisocial personality». In D.P. Farrington & J.W. Coid, (Eds.), Early prevention of adult antisocial behaviour. Cambridge: Cambridge University Press.

- LYNAM, D. R. (1996): «Early identification of chronic offenders: who is the fledgling psychopath?». *Psychological Bulletin*, 120(2), 209-234.
- LOEBER, R.; BRINTHaupt, V. P., & Green, S. (1990): «Attention deficits, impulsivity, and hyperactivity with or without conduct problems: relationships to delinquency and unique contextual factors». In R.J. McMahon & R.D. Peters (Eds.), *Behaviour disorders of adolescence: research, intervention, and policy in clinical and school settings*, 39-61. New York: Plenum Press.
- LUNTZ, B. K., & WIDOM, C. S. (1994): «Antisocial personality disorder in abused and rejected children grown up». *American Journal of Psychiatry*, 151(5), 670-674.
- MANNUZZA, S.; KLEIN, R. G.; BESSLER, A.; MALLOY, P., LAPADULA, M. (1993): «Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status». *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 565-76.
- MORRISON, G. M.; ROBERTSON, L.; LAURIE, B.; KELLY, J. (2002): «Protective Factors Related to Antisocial Behavior Trajectories». *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 277-290.
- MOFFITT, T. E. (1993): «Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy», *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- MOFFIT, T. E.; CASPI, A. (2001): «Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females». *Development and Psychopathology*, 13(2), 355-375.
- MOFFIT, T. E.; CASPI, A. (2003): «Preventing the inter-generational continuity of antisocial behaviour: implications of partner violence». In D.P. Farrington & J.W. Coid, (Eds.) *Early prevention of adult antisocial behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MORAN, P. (1999): «Antisocial personality disorder: an epidemiological perspective». London, Gaskell.
- MORAN, P., & HAGELL, A. (2001): Intervening to prevent antisocial personality disorder: a scoping review. Home Office Research Study 225. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/index.html>
- NEUGEBAUER, R.; HOEK, H.W., & SUSSER, E. (1999): «Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood». *Journal of the American Medical Association*, 282(5), 455-62.
- PARIS, J. (1997): «Childhood trauma as an aetiological factor in the personality disorders». *Journal of Personality Disorders*, 11(1):34-39.
- PLOMIN R.; NITZ, K.; ROWE, D.C. (1990): «Behavioral genetics and aggressive behavior in childhood». In: Lewis M, Miller SM, eds. *Handbook of Developmental Psychopathology*, pp. 119-34. (1990) New York: Plenum Press.
- QUINTON, D.; PICKLES, A.; MAUGHAN, B., & RUTTER, M. (1993): «Partners, peers, and pathways: Assortative pairing and continuities in conduct disorder». *Development and Psychopathology*, 5(4), 760-83.
- ROBINS, L. N. (1966): «Deviant Children Grown Up». Baltimore: Williams and Wilkins.
- ROBINS, L. N., & RATCLIFF, K. S. (1979): «Risk factors in the continuation of childhood antisocial behavior into adulthood». *International Journal of Mental Health*, 7, 96-116.
- ROBINS, L. N.; TIPP, J., & PRZYBECK, T. (1991): «Antisocial personality». In L. N. Robins & D. A. Regier, (Eds.), *Psychiatric Disorders in America: The epidemiologic catchment area study*, pp. 224-271. New York: Free Press.
- RUTTER, M. (1997): «Antisocial behaviour: developmental psychopathology perspectives». In D.M. Stoff, J. Breiling and J.D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial behaviour*, pp. 115-124. Chichester: Wiley.
- SCOTT, S. (1998): «Aggressive behaviour in childhood». *British Medical Journal*, 316, 202-6.
- SILVERTHORN, P.; FRICK, P. J. (1999): «Developmental pathways to antisocial behavior. the delayed-onset pathway in girls». *Development & Psychopathology*, 11(1): 101-26.
- STEWART, M. A.; DEBLOIS, C. S.; CUMMINGS, C. (1980): «Psy-

- chiatric disorders in parents of hyperactive boys and those with conduct disorder». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21(4), 283-92.
- THOMPSON, L. L.; RIGGS, P. D.; MIKULICH, S. K.; CROWLEY, T. J. (1996): «Contribution of ADHD symptoms to substance problems and delinquency in conduct-disordered adolescents», cited by Vitacco, M.J., Rogers, R. (2001) «Predictors of Adolescent Psychopathy: the role of impulsivity, hyperactivity, and sensation seeking». *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 29(4), 374-82.
- TREMBLAY, R. E.; PIHL, R.O.; VITARO, F., & DOBKIN, P. L. (1994): «Predicting early onset of male antisocial behaviour from pre-school behaviour». *Archives of General Psychiatry*, 51(9), 732-9.
- VITACCO, M. J.; ROGERS, R. (2001): «Predictors of Adolescent Psychopathy: the role of impulsivity, hyperactivity, and sensation seeking». *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 29(4), 374-82.
- VUCHINICH, S.; BANK, L., & PATTERSON, G. R. (1992): «Parenting, peers, and the stability of antisocial behaviour in preadolescent boys». *Developmental Psychology*, 28(3), 510-521.
- WALDROP, M. F.; PEDERSEN, F. A.; BELL, R. Q. (1968): «Minor physical anomalies and behavior in preschool children». *Child Development*, 39(2), 391-400.
- WALKER, J. L.; LAHEY, B. B.; HYND, G. W.; FRAME, C. L. (1987): «Comparison of specific patterns of antisocial behaviour in children with conduct disorder with or without coexisting hyperactivity». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 910-913.
- WOOTON, J. M.; FRICK, P. J.; SHELTON, K. K., & SILVERTHORN, P. (1997): «Callous-unemotional traits and conduct problems: A two-factor model of psychopathy in children». *Issues in Criminological and Legal Psychology*, 24, 47-51.
- ZEITLIN, H. (1986): The Natural History of Psychiatric Disorder in Children. A study of individuals known to have attended both Child and Adult Psychiatric Departments of the same hospital. Institute of Psychiatry. Maudsley Monographs (number twenty-nine). Oxford: Oxford University Press.
- ZINGRAFF, M. T.; LEITER, J.; MYERS, K. A., & JOHNSEN, M. C. (1993): «Child maltreatment and youthful problem behavior». *Criminology*, 31, 173-202.
- ZOCCOLILLO, M.; PICKLES, A.; QUINTON, D.; RUTTER, M. (1992): «The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder». *Psychological Medicine*, 22(4), 971-986.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA AGRESIVIDAD Y LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPAÑOLES A TRAVÉS DEL BASC

JIMENA BONILLA CARVAJAL, SULEMA ROJAS ROMÁN, BLYDA ARRECHEA CORUÑA, ELENA PÉREZ HERNÁNDEZ, SARA FERNÁNDEZ GUINEA, JAVIER GONZÁLEZ MARQUÉS, PABLO SANTAMARÍA Y JAIME PEREÑA

Departamento de Psicología Básica II-Procesos Cognitivos.
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Los comportamientos agresivos agrupan una amplia variedad de problemas o condiciones que empiezan a manifestarse en la infancia y que reclaman nuestra atención por derecho propio. Estos problemas, que en principio podrían tener un carácter transitorio, pueden no sólo llegar a constituir problemas estables o crónicos en la adolescencia, como los problemas de conducta y en la edad adulta, como la conducta antisocial, sino incluso ser la base de otra importante variedad de problemas o condiciones patológicas como la conducta antisocial misma, la psicopatía y abuso de sustancias entre otras.

Se han llevado a cabo numerosos estudios relacionados con los factores de riesgo de los problemas de conducta, como son la predisposición biológica, la disfunción cerebral debida a una lesión o a un mal desarrollo, entre otros del circuito del sistema límbico-corteza prefrontal, patrones de violencia familiar y los componentes de la personalidad como la tendencia a actuar de forma agresiva, tanto física como verbalmente.

El estudio de la agresividad es importante en la medida en que, su aparición temprana se ha identificado como un factor

antecedente del desarrollo de problemas de conducta en la adolescencia manifestados en forma de conducta antisocial materializada en el daño a otros por medio de delitos violentos, insultos, vandalismo, delincuencia, destrucción de propiedades y abuso físico. Además del problema interpersonal que genera, el antisocial es blanco de su propia conducta al crear un ambiente autodestructivo (por abuso de sustancias, suicidio y problemas de internalización, entre otros) (1).

Los problemas de conducta manifestados antisocialmente son vistos por autores como Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber y Kamen, (2) como una variable continua, que va desde la agresividad temprana, pasa por el desorden de conducta y llega hasta el trastorno de personalidad antisocial en la edad adulta. La cantidad de conducta antisocial exhibida por los jóvenes en la población en general incrementa con la edad, pero la edad tiende a diferenciar la conducta antisocial agresiva (delitos violentos contra personas y animales), de la no agresiva (deshonestidad y robo, entre otras). Aunque el predominio de la conducta antisocial no agresiva en la juventud ha sido fundamentado en estudios longitudinales como el de Stanger, Achenbach, y Verhulst (3); Farrington (4) ha encontrado que la mitad de los chicos prisioneros por delitos violentos entre los 10 y 16 años de edad fueron encarcelados por violencia nuevamente hacia los 24 años de edad comparados solamente con el 8% de estos jóvenes no encarcelados por violencia en la adolescencia. En otros estudios hechos por Loeber y Hay (5) se encontró que la conducta agresiva, medida desde los 6 años de edad hasta los 13 años, se ha mostrado consistentemente como predictor posterior de la violencia entre los varones.

Generalmente los varones han sido identificados como más agresivos que las mujeres y relacionados con problemas de conducta debido a varias variables como la diferente maduración física y cognitiva, el tiempo que no están bajo supervisión, etc. (6). Los estudios de Graham (7) y Silva, Martorell y Clemente (8) apoyan esta idea al encontrar que

la conducta antisocial parece ser, al menos, tres veces más común entre los chicos.

Al respecto, en un estudio llevado a cabo por Werner (9) se examinó un grupo de niños agresivos y uno no agresivo, durante un año. Se encontró que la relación con amigos agresivos es un predictor de la evolución de la conducta antisocial y disruptiva-agresiva de los niños, moderada por el nivel de agresividad y la calidad de la relación de amistad.

Para valorar la agresividad y los problemas de conducta se requiere de instrumentos válidos y fiables. El Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (BASC) ha demostrado ser una herramienta útil y fundamental en el estudio de la personalidad en niños y adolescentes ya que evalúa trastornos emocionales y problemas de personalidad y conductuales (10), (11) y (12), que se corresponden con los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (10 y 13).

El Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (BASC) es una aproximación multimétodo y multidimensional de la evaluación de la conducta de niños y adolescentes entre 3 y 18 años de edad, por parte de padres, tutores y de la percepción de los propios niños y adolescentes.

El BASC es multimétodo, ya que contiene cinco componentes que valoran el sujeto desde diferentes perspectivas y pueden ser utilizados individualmente o en cualquier combinación. Los componentes son un cuestionario de autoinforme (S) aplicable a partir de los 8 años, dos tipos de cuestionarios uno para padres (P) y otro para tutores (T), la historia estructurada del desarrollo (H) y el protocolo (O) para registrar y clasificar la conducta observada directamente en el aula.

El BASC es multidimensional, ya que mide numerosos aspectos del comportamiento y la personalidad, incluyendo dimensiones tanto positivas (adaptativas) como negativas (clínicas). Las dimensiones adaptativas se miden con las escalas: adaptabilidad, liderazgo, habilidades sociales y habilidades de estudio. Las dimensiones clínicas corresponden

con las escalas: agresividad, problemas de conducta, hiperactividad, ansiedad, depresión, somatización, problemas de atención, problemas de aprendizaje, atipicidad y retraimiento. Como se menciona posteriormente las escalas a analizar en este estudio corresponden a la de agresividad y problemas de conducta.

Los datos presentados en este estudio corresponden a la adaptación y baremación del BASC que se ha llevado a cabo en la población española.

OBJETIVO

Con frecuencia la población española, infantil y adolescente, manifiesta conductas disruptivas en su ambiente escolar y familiar, lo que, sin duda, perjudica los componentes sociales y psicológicos de su vida. El propósito de este trabajo es describir el predominio de la agresividad y los problemas de conducta en la población española, entre 3 y 18 años de edad, las diferencias de la prevalencia entre mujeres y varones y hacer una correlación entre la manifestación de la agresividad y problemas de conducta, desde el punto de vista de tutores y padres.

MÉTODO

Sujetos

La muestra de este estudio corresponde con la utilizada para la adaptación española del BASC, representativa de la población de España. La edad de los sujetos está comprendida entre los 3 y los 18 años. De la muestra total, 1926 sujetos fueron evaluados por los padres o personas responsables (996 mujeres y 930 varones) y 1822 fueron evaluadas por los tutores (949 mujeres y 873 varones). Aunque la mayoría de los niños y adolescentes de la muestra fueron eva-

luados por padres y tutores, hay sujetos que sólo tienen una de las dos evaluaciones lo que explica la diferencia en los datos (véase tabla 1 del anexo 1).

Instrumentos

En este estudio nos centraremos en los cuestionarios de valoración para padres y para tutores del BASC. Estos cuestionarios (P y T), se presentan en el mismo formato de elección entre cuatro alternativas, que van desde: *nunca* hasta *casi siempre*. Hay tres tipos de cuestionarios atendiendo a los niveles de edad: a) educación infantil, niños desde los 3 hasta los 6 años (T1 y P1); b) educación primaria, niños desde los 6 hasta los 11 años (T2 y P2); c) educación secundaria y bachillerato, adolescentes desde los 12 hasta los 18 años (T3 y P3).

Las escalas utilizadas para esta investigación fueron la de agresividad y la de problemas de conducta (esta última no se evalúa para niños entre 3 y 6 años de edad, es decir, ni en T1 ni en P1), del componente de exteriorizar problemas de la dimensión clínica, el cual puede verse en la tabla 2 del anexo 1. Estas escalas están relacionadas pero son diferentes y siendo definidas como (3):

- *Agresividad*: es la propensión a actuar de forma hostil (sea verbal o física) que amenaza a otros.
- *Problemas de conducta*: es la tendencia a mostrar un comportamiento antisocial, que rompe con las reglas, que incluye la destrucción de propiedades.

Diseño

Se ha llevado a cabo un estudio transversal y descriptivo, ya que los sujetos fueron evaluados en una sola ocasión con el fin de especificar las características de la población española en cuanto a la manifestación de la agresividad y los

problemas de conducta por edad y sexo, así como medir el grado de relación existente entre estas variables.

Procedimiento

En el proceso de adaptación española del Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (BASC) (13), conforme a la distribución de la población de este país y de acuerdo con el censo del año 2001, se recogió una muestra representativa de la población general. Se seleccionaron 57 localidades en donde se agrupaba al 20,30% de los habitantes totales. Se trabajó con 71 centros educativos, tanto públicos y privados como concertados, de educación infantil y primaria de educación secundaria y centros específicos de formación profesional.

De los alumnos que devolvieron el consentimiento firmado por uno de los padres (o persona responsable) se seleccionó al azar un niño y una niña de cada uno de los grupos. Se entregó a cada uno de los tutores dos cuestionarios del BASC del formato T, uno para la alumna y otro para el alumno, del nivel T1, T2 o T3, según la edad del alumno para ser cumplimentado. Se remitió, un cuestionario del BASC formato P a los padres, del nivel P1, P2 o P3 de acuerdo con la edad correspondiente.

Una vez recibidos todos los cuestionarios se procedió a la codificación, grabación y análisis de datos. La distribución de la muestra se realizó para cada tipo de cuestionario (P y T) por sexo y edad (véase tabla 1 del anexo 1).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Estadística descriptiva

Los resultados obtenidos en este estudio con respecto a las tasas de la prevalencia de la agresividad y los problemas

de conducta en la muestra representativa de la población española por sexo pueden verse en los gráficos 1 y 2 del anexo 2. Como se observa, los varones tienen una tasa de agresividad superior a las mujeres con una prevalencia de 8,2% frente a un 3,3% (en T1), 9,3% frente a un 3,1% (en T2) 7,9% frente a un 3,9% (en T3) y 7% frente a un 3,2% (en P3). En problemas de conducta los varones también tienen una tasa más elevada que las mujeres con 8,1% frente a un 2,6% (en T2) y 7,2% frente a un 2,7% (en P2).

Por otro lado, referente a las tasas de la prevalencia de la agresividad y los problemas de conducta en la muestra representativa de la población española por grupos de edad pueden verse en los gráficos 1 y 2 del anexo 3. Al respecto, se obtuvo una tasa superior en agresividad con el 7% en los sujetos del grupo de 6-8 años (en T1) y 7,9% en el grupo de 12-14 años (en T3). Mientras que los problemas de conducta fueron más frecuentes en un 9,7% en el grupo de 17-18 años (en T3) y en el grupo de 15-16 años con un 7,5% (en P3).

En general, según los tutores, un 38% de los jóvenes españoles, de este estudio, entre 3 y 18 años, tienen una prevalencia de agresividad y el 25,8%, de aquellos con edades entre 6 y 18 años, muestran problemas de conducta. Según los padres, un 29,8% de los sujetos con edades entre 3 y 18 años, presentan conducta agresiva y un 26% de los sujetos entre 6 y 18 años, manifiestan problemas de conducta.

Por otro lado, los tutores consideran que las mujeres son menos agresivas que los hombres con un 10,3% frente a un 25,4%. De igual opinión son los padres, al señalar con un 9,5% a las mujeres y con un 18,3% a los varones. De igual manera, en la escala de problemas de conducta las mujeres son señaladas en menor medida, con un 6,4% y 7% frente a los varones con un 14,2% y un 13,9%, tanto en T como en P respectivamente.

Las diferencias significativas en cuanto a la agresividad y problemas de conducta, por sexo puede verse en el gráfico 1 del anexo 4. En este sentido, cuando los sujetos son eva-

luados por sus tutores, los resultados arrojan diferencias significativas con un $p < 0,001$, en la escala de agresividad, entre los varones con respecto a las mujeres, en todos los niveles (T1, T2 y T3) mientras que cuando los sujetos son evaluados por sus padres (o persona responsable), se encuentran diferencias significativas con un $p < 0,001$, en la escala de agresividad, entre mujeres y varones, estos últimos con un puntaje mayor, solo en el nivel 2 (P2).

En cuanto a la escala de problemas de conducta, la evaluación de los tutores arroja una diferencia significativa, con $p < 0,001$, entre los varones con respecto a la mujeres en los niveles T2 y T3 (teniendo en cuenta que en T1 no se mide esta escala). La evaluación en el nivel P2, los varones obtuvieron una diferencia significativa, al $p < 0,001$, con respecto a las mujeres. Mientras que en el nivel P3, los varones obtuvieron una diferencia significativa, al $p < 0,05$, frente a las mujeres.

Las diferencias significativas, de acuerdo al grupo de edad, se pueden ver en el gráfico 1 del anexo 5. Al respecto, encontramos que en el grupo de 17-18 años, en el nivel T3 y P3 diferencias significativas, al $p < 0,05$, en cuanto a un índice inferior en la escala de agresividad, frente al grupo de 12-14 años y se asemeja al grupo de 15-16 años.

Con respecto a la escala de problemas de conducta, en T3 (el grupo de 17-18 años), se observan diferencias significativas, al $p < 0,001$, en relación a un índice superior en esta escala, en contraste con el grupo de 12-14 años, quienes tienen diferencias significativas, al $p < 0,001$, en relación a un índice inferior. Mientras que en P3 el grupo de 15-16 años, se observa diferencias significativas, al $p < 0,05$, referente a un índice superior en esta escala, en relación con el grupo de 12-14 años, quienes tienen diferencias significativas, al $p < 0,05$, referente a un índice inferior.

En los niveles T1, T2, P1 y P2, no se encuentran diferencias significativas en las escalas de agresividad y problemas de conducta, relacionado con la edad.

Correlación

Los resultados referentes a las correlaciones, hechas con el coeficiente de correlación de Pearson, nos muestran que todas las correlaciones entre la escala de agresividad y la de problemas de conducta son significativas, debido al tamaño de la muestra. Las correlaciones más altas se obtuvieron en el grupo de varones de 8-11 años, en P2 con 0,70 y T2 con 0,77. Las mujeres obtuvieron una correlación alta en T2 con 0,76. Estos resultados pueden verse en la tabla 1 del anexo 6. La correlación obtenida por el grupo de 12-14 años, evaluados por los tutores (T3) fue de 0,70. Las correlaciones obtenidas por los grupos de 6-8 años y 9-12, fueron de 0,77 y 0,78 respectivamente. Estos resultados pueden verse en la tabla 2 del anexo 6.

DISCUSIÓN

En general hemos visto que estos resultados apoyan las teorías que afirman que los varones son más agresivos y propensos a presentar problemas de conducta que las mujeres, debido, quizás, a condiciones biológicas, fisiológicas, culturales y sociales.

Al respecto, los niños de educación infantil son más agresivos en el centro educativo que en casa, lo que puede deberse a un proceso de adaptación al ambiente escolar. Los varones de educación secundaria-bachillerato, también son menos agresivos en casa que en su colegio, lo que puede deberse a diversos factores, como el poco tiempo que pasan con la familia versus el tiempo que pasan en el entorno escolar.

En cuanto a la población entre 3 y 12 años, es decir de educación infantil y primaria, estos sujetos no manifiestan, según sus padres y tutores, ni agresividad ni problemas de conducta que se aleje de los patrones normales. Algo semejante ocurre con los jóvenes de educación secundaria del

grupo de 12-14 años que no manifiestan una agresividad, además; sus padres y sus tutores ven una elevada conducta prosocial, medida por una baja emisión de problemas de conducta. Esta situación cambia en el grupo de 15-16 años, pues los padres de estos jóvenes consideran que tienen una elevada manifestación de problemas de conducta, acompañados de una elevada agresividad.

Hemos visto que en los jóvenes mayores (17 a 18 años) hay una disminución de la conducta agresiva, tanto en su ambiente escolar como en su hogar y un aumento en la manifestación de los problemas de conducta en su centro educativo, pero no así en su casa. Esta diferencia de la manifestación de conducta en sus distintos ambientes, puede verse explicado por la condición de adolescentes mayores de los sujetos, que obligatoriamente pasan un tiempo determinado en su centro y las horas fuera de clase las dedican a estar con sus coetáneos más que con su familia. Por otro lado, los resultados en este grupo de edad pueden significar un desarrollo de conductas antisociales que no implican el uso de la agresividad, como es el caso de la deshonestidad, las mentiras y los robo entre otras, que involucran el control emocional de la agresión impulsiva manifiesta y el «detenerse» en la planificación de actos en contra de otros.

CONCLUSIONES

En conclusión, en este estudio se ha constatado la prevalencia de la agresividad y problemas de conducta en los varones más que en las mujeres, de una muestra representacional de la población española. Datos consistentes con otros estudios españoles realizados por Silva, Martorell y Clemente (8 y 14), quienes encontraron que la evaluación de la conducta antisocial, por medio del autoinforme revela que los varones informan de mayores proporciones de estas conductas que las mujeres.

Asimismo, en este estudio ha quedado claro que la agresividad, se presenta dentro de un rango normal entre las edades de 3 y 14 años y se hace significativa la disminución hacia los 17-18 años, con un aumento de los problemas de conducta, incremento que se presenta desde los 15-16 años. Este hallazgo de aumento de problemas de conducta con tasas de agresividad poco significativas, ha sido recogido en estudios longitudinales como el de Stanger, Achenbach, y Verhulst (3).

Los resultados obtenidos, en los sujetos varones, en cuanto a la agresividad y los problemas de conducta, revelan la necesidad de realizar estudios longitudinales en la población española, dirigidos a identificar los posibles factores preventivos y de intervención, con el fin de evitar la evolución a problemas que afectan tanto al individuo como a la sociedad en la que vive.

Para cumplir este fin el BASC ha demostrado ser una herramienta útil en la detección, a lo largo de la edad escolar, de estos problemas y de algunos factores de protección, (por su capacidad de multidimensional) como la adaptabilidad, habilidades sociales, liderazgo y habilidades de estudio en potencia que conviene desarrollar como conductas prosociales alternativas a la aparición de conductas antisociales. Además su carácter multimétodo, hace que los datos sean más consistentes, pues la información de un mismo sujeto proviene de diferentes informadores, entre los cuales se encuentran los tutores, padres, el mismo sujeto y se complementa con la observación directa en el aula de clase de su conducta.

BIBLIOGRAFÍA

1. DODGE, K. A., y PELLIT, G. S.: «A Biopsychosocial Model of Development of Chronic Conduct Problems in Adolescence». *Developmental Psychology*, 2003: 39: 2: 349-371.

2. LOEBER, R.; FARRINGTON, D.P.; STOUTHAMER-LOEBER, M., y VAN KAMMEN, W.B.: «Antisocial behaviour and mental health problems: Explanatory factors in childhood and adolescence». 1998: Mahwah, NJ: Laurence Erlbaum.
3. STANGER, C.; ACHENBACH, T. M., y VERHULST, F. C.: «Accelerated longitudinal comparisons of aggressive versus delinquent syndromes». *Development and Psychopathology*, 1997;9: 49-58.
4. FARRINGTON, D.P.: «The development of offending and antisocial behavior from childhood: key findings from the Cambridge Study in the Delinquent Development». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1995, 36: 929-964.
5. LOEBER, R. y HAY, D.: «Key Signs in the Development of Aggression and Violence from Childhood to Early Adulthood». *Annual Review of Psychology*, 1997, 48: 371-410
6. LALHEY, B. B.; WALKMAN, I. D., McBURNETT, K.: «Annotation: The Development of Antisocial Behavior: An Integrative Causal Model». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999, 40: 5: 669-682.
7. GRAHAM, P.: «Epidemiological Studies in H.C. Quay y J.S. Werry, *Psychopathological Disorders of Childhood* (2^a ed.) 1979 New York: Wiley.
8. SILVA, F.; MARTORELL, C., y CLEMENTE, A.: «Socialization and Personality: Study through Questionnaires in a Pre-adult Spanish Population». *Personality and Individual Differences* 1986; 7: 355-372.
9. WERNER, N. E.: Friend's Influence on Changes in Externalizing Behavior During Middle Childhood: A Longitudinal Study of Relational and Physical Aggression. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering* may 2001; 61: 10-B: 5603.
10. PINEDA, D.A.; KAMPHAUS, R.W.; MORA, O., RESTREPO, M.A.; PUERTA, I. C.; PALACIO, L. G.; JIMÉNEZ, I.; MEJÍA, S.; GARCÍA, M.; ARANGO, J.C.; JIMÉNEZ, M. E.; LOPERA, F.; ADAMS, M.; ARCOS, M.; VELÁSQUEZ, J. F.; LÓPEZ, L. M.; BARTOLINO, N. E.; GIRALDO, M.; GARCÍA, A.; VALENCIA, C.; VALLEJO, L. E.; HOLGUÍN, J. A.: «Sistema de Evaluación Multidimensional de la Conducta». Escala para Padres de Niños de 6 a 11 años, Versión Colombiana. *Revista de Neurología*, 1999, 28: 7: 672-681.
11. PINEDA, D. A.; KAMPHAUS, R. W.; MORA, O.; PUERTA, I. C.; PALACIO, L.G.; JIMÉNEZ, I.; MEJÍA, S.; GARCÍA, M.; ARANGO, J. C.; JIMÉNEZ, M. E.; LOPERA, F.: «Uso de una Escala Multidimensional para Padres de Niños de 6 a 11 Años en el Diagnóstico de Deficiencia Atencional con Hiperactividad». *Revista de Neurología*, 1999, 28: 10: 952-959
12. KAMPAHAUS, R. W.; HUBERTY, C. J.; DiSTEFANO, C.; PETOSKEY, M. D.: «A Typology of Teacher-Rated Child Behavior for a National U.S. Sample». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1997, 25: 6: 453-463.
13. REYNOLDS, C. R.; KAMPHAUS, R. W.: «Behaviour Assessment System for Children: BASC». Adaptación española por González Marqués, J., Fernández Guinea, S., Pérez, E., TEA-Editiones (en prensa).
14. SILVA, F.; MARTORELL, C., y CLEMENTE, A.: «Adaptación Española de la Escala de Conducta Antisocial ASB: Fiabilidad, Validez y Tipificación», *Evaluación Psicológica*, 198, 2: 39-55.

ANEXO 1

TABLA I
**Distribución de la muestra por tipo de cuestionario (P y T),
 sexo y edad**

Muestra	P		T	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
3-4 años	79	78	78	73
5-6 años	95	91	92	89
6-8 años	147	145	137	130
9-12 años	270	243	247	215
12-14 años	184	158	176	149
15-16 años	137	135	137	133
17-18 años	84	80	82	84
Total por sexo	996	930	949	873
Total por padres y tutores	1926		1822	

TABLA II
**Escalas del BASC evaluadas por padres y tutores, de acuerdo
 al nivel educativo de los sujetos**

Dimensión	Componente	Escala	T (tutores)			P (padres)		
			T1	T2	T3	P1	P2	P3
Clínica	Exteriorizar problemas	Agresividad	X	X	X	X	X	X
		Problemas de conducta		X	X		X	X

ANEXO 2

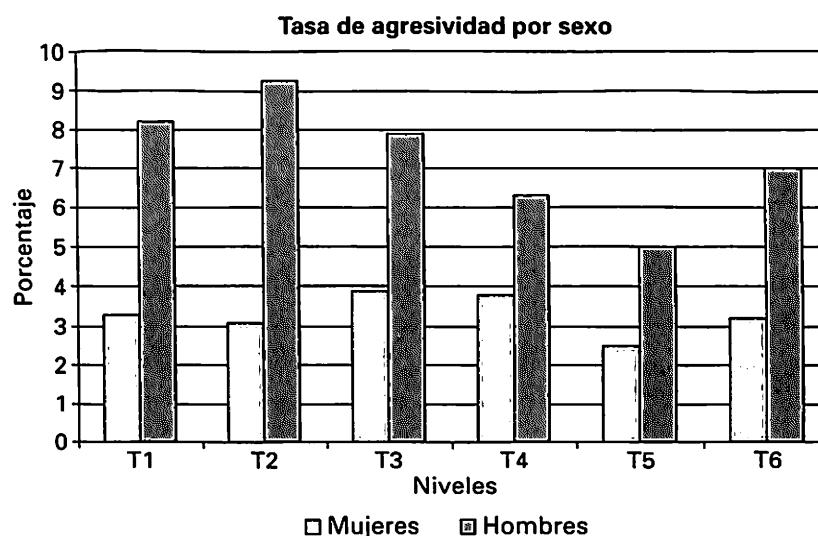


Gráfico. 1. Comparación entre varones y mujeres españoles
 en la escala de agresividad.

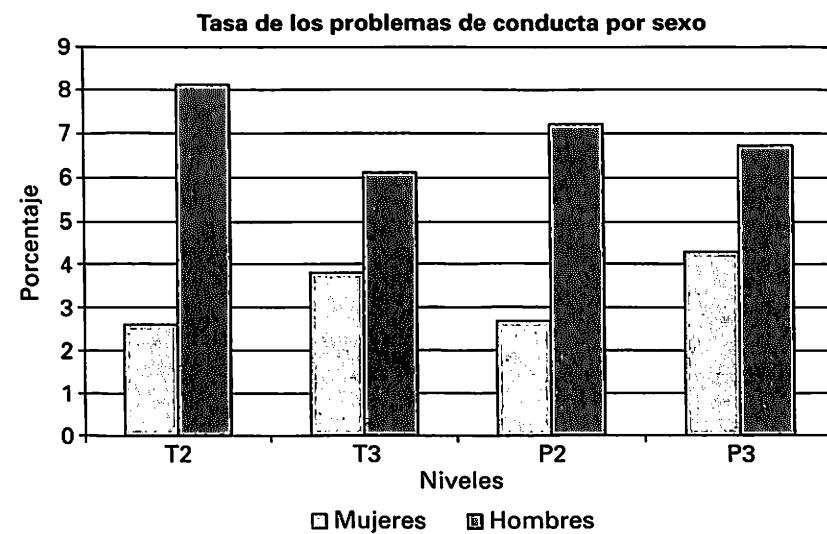


Gráfico. 2. Comparación entre varones y mujeres españoles
 en la escala de problemas de conducta.

ANEXO 3

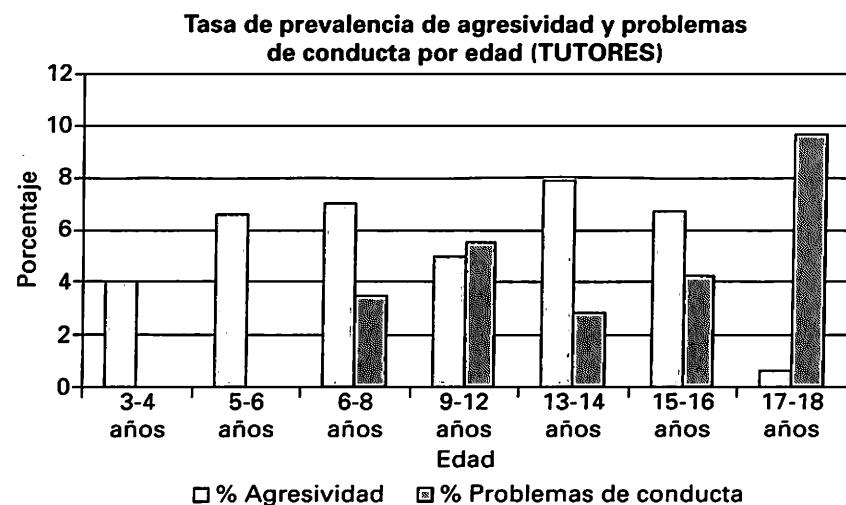


Gráfico. 1. Muestra representativa de la población española, que presentan tasas de agresividad y problemas de conducta, por grupos de edad, evaluados por tutores.

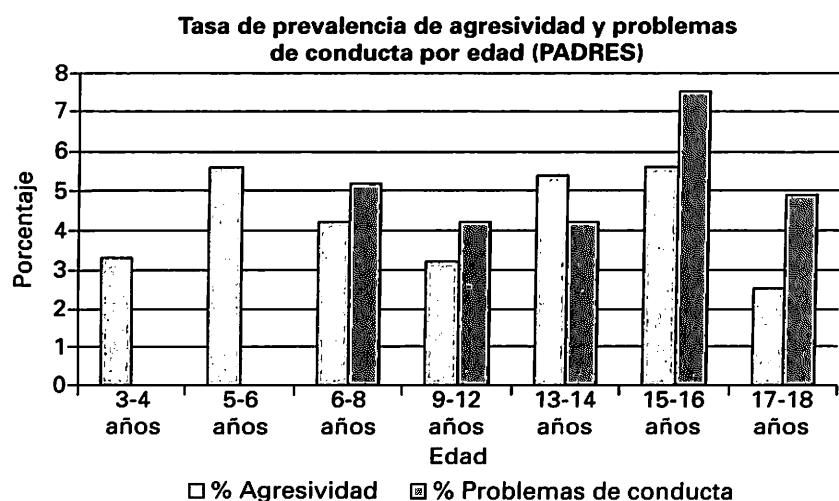


Gráfico. 2. Muestra representativa de la población española, que presentan tasas de agresividad y problemas de conducta, por grupos de edad, evaluados por padres.

ANEXO 4

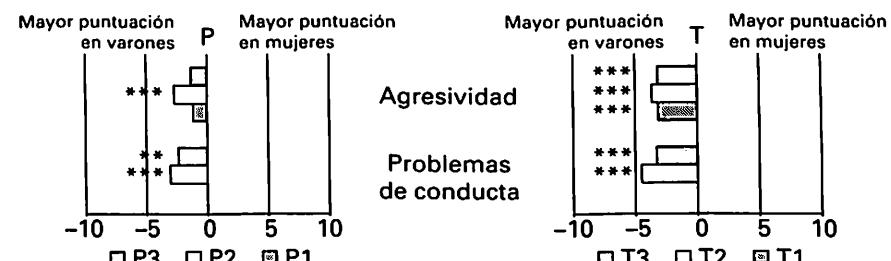


Gráfico. 1. Diferencias significativas entre varones y mujeres de las escalas agresividad y problemas de conducta con respecto a P1, P2, P3, T1, T2 y T3.
** Nivel de significancia de $p < 0,05$, *** Nivel de significancia de $p < 0,001$.

ANEXO 5

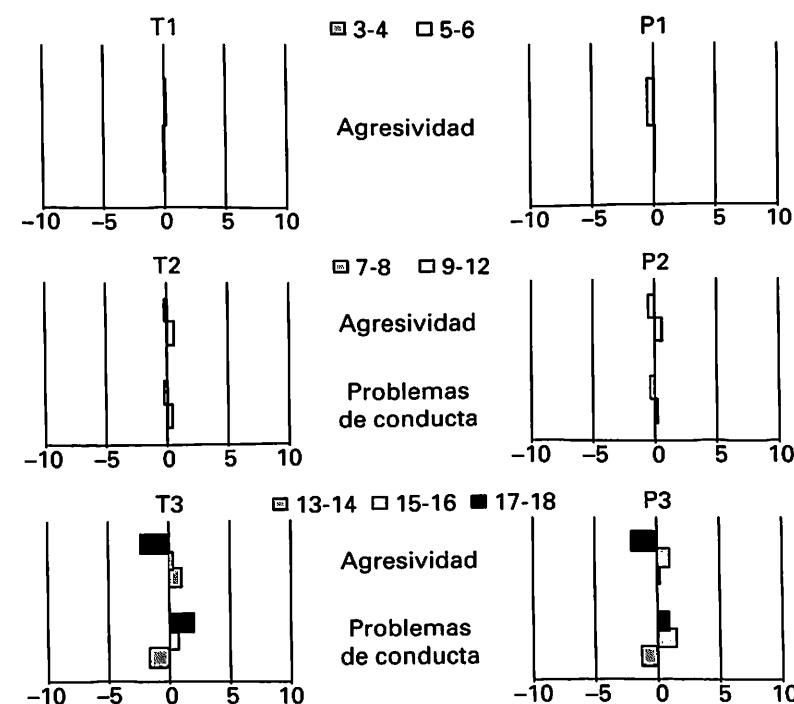


Gráfico. 1. Diferencias por grupos de edad en las escalas de agresividad y de problemas de conducta con respecto a P1, P2, P3, T1, T2 y T3.
** Nivel de significancia de $p < 0,05$, *** Nivel de significancia de $p < 0,001$.

ANEXO 6

TABLA I

Correlación con el coeficiente de Pearson, de la escala de agresividad y la escala de problemas de conducta, por sexo

Cuestionario	P2		T2		P3		T3	
Sexo	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Correlaciones entre problemas de conducta y agresividad	0,70	0,67	0,77	0,76	0,62	0,55	0,61	0,60

TABLA II

Correlación con el coeficiente de Pearson, de la escala de agresividad y la escala de problemas de conducta, por grupo de edad

Cuestionario	P3			T3			P2			T2		
Grupo edad	12-14	15-16	17-18	12-14	15-16	17-18	6-8	9-12	6-8	9-12	6-8	9-12
Correlaciones entre problemas de conducta y agresividad	0,63	0,576	0,561	0,704	0,618	0,596	0,68	0,68	0,77	0,78		

INTERVENCIÓN FAMILIAR MUNICIPAL CON ADOLESCENTES: EL PROYECTO «ADOLESCENTES EN CONFLICTO»

JOSÉ ANTONIO TORRES FERNÁNDEZ

Coordinador Técnico del Centro Municipal de Atención a Infancia y Familia. Málaga

RESUMEN

En la presente comunicación se presentan los resultados del Proyecto «Adolescentes en Conflicto», desarrollado por el Centro Municipal de Atención a Infancia y familia del Ayuntamiento de Málaga, desde su inicio en el 2002.

Este proyecto trabaja desde el marco de la competencia social con familias que demandan desde la red de Servicios Sociales información o acciones concretas para ayudar a superar problemas de convivencia con sus hijos adolescentes, y se enmarca dentro de un programa más extenso de intervención familiar del propio centro.

En estos resultados destaca la importancia del trabajo con todos los miembros de la familia, y la relevancia de la educación de padres y madres en el manejo de las situaciones de conflicto.

FUNDAMENTACIÓN

La familia como célula social ha pasado por serias transformaciones y perturbaciones a lo largo de la mitad del siglo

xx, y sigue cambiando intentando adaptarse a las nuevas exigencias de nuestra sociedad. A ello han contribuido, sin duda, los nuevos conocimientos sobre desarrollo del niño y los consejos y técnicas educativas que han ido sensibilizado a los padres y a los adultos en general. Pero también han contribuido grandemente otros muchos factores, entre ellos los planteamientos de igualdad de la mujer y **el reparto de roles de crianza**, con los correspondientes cambios de roles sociales y profesionales, y el **mayor nivel cultural medio** de los padres.

Para los padres las pautas y funciones educativas que valían hasta entonces tienen que ir modificándose para adaptarse a la nueva realidad.

En la mayoría de los conflictos familiares donde se encuentra inmerso el adolescente se tiende a identificar a éste con el problema. Esta perspectiva enfocada en el menor radicaliza las posiciones ya enfrentadas y dificulta la búsqueda de acuerdo y resolución del problema. En estos casos primero se ha de aclarar la implicación de todos, no en la génesis del problema, sino en la búsqueda de soluciones.

1. *El conflicto padres-adolescentes en la actualidad*

La alarma social que este tema provoca se refleja en distintos indicadores:

- *En los medios de comunicación:* en los últimos años se destacan noticias en relación a adolescentes ligados a actos violentos y agresiones, algunas con muy graves consecuencias. Asimismo se insiste en relacionar joven con consumo de drogas, crisis de valores...
- *El desbordamiento y falta de recursos de los profesores de secundaria:* absentismo escolar, violencia las hablas, falta de valores solidarios, pérdida de respeto hacia adultos, hacia la autoridad, hacia el aprendizaje, desmotivación... Ello provoca en los educadores sen-

timientos de indefensión tanto por los alumnos como por la falta de respaldo desde la familia hacia su labor pedagógica.

- *Padres con quejas del tipo «mi hijo se me ha ido de las manos».* Hace referencia al crecimiento de demandas institucionales de padres que no saben qué hacer con sus hijos, que demandan la existencia de recursos públicos que les ayuden a resolver esa situación. Suelen traer consigo un fuerte sentimiento de fracaso e impotencia: no entienden la conducta de sus hijos, no saben qué hacer.

Este panorama nos lleva a determinar la necesidad de una actuación por parte de la administración pública para dar respuesta a este problema social, y muy especialmente para prevenir su cronificación. Desde **el Área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Málaga**, y en respuesta a esta demanda social operativizada por un estudio realizado la Sección de Infancia y Familia, se puso en marcha en el 2002 el **Centro Municipal de Atención a Infancia y Familia** (en adelante **CEMAIF**), que entre otros proyectos desarrolla el presente de atención a conflictos padres-adolescentes.

OBJETIVOS

General:

Mejorar el clima familiar y las relaciones entre padres e hijos adolescentes.

Específicos:

- Ayudar a padres e hijos a entenderse, aprendiendo y desarrollando habilidades de comunicación
- Ayudar a padres y educadores a resolver conflictos con menores adolescentes

- Ayudar a los padres a educar a sus hijos, promoviendo estrategias educativas eficaces.
- Ayudar a crear hábitos de comunicación mediante la utilización de técnicas de resolución de conflictos.
- Facilitar a los miembros de la familia en conflicto un espacio y un tiempo donde puedan acercar sus posiciones.

POBLACIÓN DESTINATARIA

- A padres, madres o tutores con hijos/as mayores de 12 años.
- A hijos e hijas con dificultades de relación con sus padres.
- A otros familiares en relación con adolescentes.

En el caso de los Servicios Sociales Comunitarios no serán objeto de este proyecto familias con menores de 12 años, o unidades familiares sin hijos o aquéllas donde el conflicto familiar tenga una naturaleza muy específica (drogas, delincuencia, trastornos mentales, etcétera).

METODOLOGÍA

1. *Tipología de la intervención profesional*

El Centro ofrece los siguientes servicios:

1.1. Información

Basándonos en la premisa de que la información bien proporcionada reduce considerablemente la ansiedad al aumentar la percepción de control sobre el problema, los profesionales del Centro facilitan información especializada

y específica sobre los conflictos familiares y el desarrollo en la adolescencia, así como recursos concretos de carácter informativo elaborados desde el mismo (Guía para Familias, etc.).

1.2. Orientación Familiar

Cuando se produce en la familia una situación que demanda respuesta relacionada con la educación de los menores, los padres (y en ocasiones también los hijos) manifiestan sus dudas y buscan una ayuda que les apoye en la toma de decisiones. Esta ayuda, en forma de orientación, va dirigida a dotar de recursos personales a los padres para hacer frente a dichas situaciones, y se enmarca dentro tanto del contexto familiar como del grupal y comunitario (social).

En el contexto familiar la atención se puede centrar en un solo miembro de la familia (el que demanda la orientación) o en varios.

1.3. Mediación intergeneracional

Ese tipo de mediación es un proceso de resolución de conflictos que permite a los miembros de la familia definir sus temas, clarificar sus necesidades, y comprender las de los demás, generando alternativas y encontrando soluciones que contemplen las necesidades de todas las partes. Está basada en el presupuesto de que el cumplimiento de los acuerdos de la vida cotidiana incrementa la confianza entre padres e hijos y estimula la negociación de temas más amplios en el futuro. Como consecuencia de este proceso los miembros de la familia aprenden técnicas específicas incrementando su propia competencia para resolver otros conflictos en el futuro.

2. Procedimiento

2.1. Creación de un tríptico informativo/Campaña de difusión

- *Objetivo:* explicar los servicios de una manera sencilla y que llegara a la población general.
- *Contenido:* Información de los Servicios, información sobre el canal de derivación (con las direcciones y teléfonos de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios), sobre los profesionales y las actividades desarrolladas.
- Aprovechamos igualmente para buscar y difundir un logo identificativo que resultara claro y atractivo (familia con dos hijos).

2.2. Reuniones de Coordinación con los Centros de Servicios Sociales Comunitarios

Se mantuvo una reunión previa con los profesionales de todos los Centros de Servicios Sociales en cada centro para informarles de nuestros proyectos, y promover la coordinación.

De estas reuniones informativas quedó claro que los Centros de Servicios Sociales Comunitarios serían el filtro para las familias potencialmente usuarias.

Previo a la inauguración del Centro se realizó un «mailing» a todas las instituciones relevantes en Málaga en materia de infancia y familia (Juzgados de Familia, miembros de la Comisión de Infancia, etc.).

2.3. Atención Familiar

Se estableció un protocolo de trabajo consensuado que quedó como sigue:

1. *Recepción del caso por un miembro del equipo.* Se le trasmite el usuario por parte del técnico del servicio en qué consiste el trabajo que será desarrollado en el centro. Recogida de información del caso.
2. *Valoración.* El profesional decide en primera instancia sobre el proceso de intervención profesional más idóneo (información, orientación, mediación en conflicto, derivación, etc.).
3. *Estudio del caso por parte de todo el equipo.* En reunión de estudio entre el personal técnico se valora la idoneidad del caso y de las estrategias más adecuadas al mismo, o derivación a otros recursos si no lo fuera.
4. *Asignación del caso a uno de los profesionales.*
5. *Intervención en el conflicto.* Se marcan los objetivos y el número de sesiones previstas (Plan de Intervención).
6. Resolución del caso y evaluación
7. *Coordinación con la UTS de referencia a través de un informe general.* En las derivaciones desde una UTS los casos que se tratan en orientación o mediación generan un informe de actuaciones que se remite a la misma una vez cerrado el caso.
8. *Evaluación (cuantitativa y cualitativa).* Cada 6 meses se realiza un informe evaluativo de las intervenciones realizadas en el servicio.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

1. Asistencia

A fecha del 30 de Junio han pasado por el centro **171** familias.

16 de ellas habían entrado por vía directa (7), por otras áreas municipales (Agentes para la Igualdad, 6), o por otros Servicios (3).

Durante el 2003 se normalizaron los procesos, con lo que dejó de atenderse la demanda directa, y actualmente

casi toda la demanda pasa por el centro de Servicios Sociales de su Distrito (ahora hay posibilidades de que realice la derivación el Juez de Menores en algunos casos).

3 de los casos del 2002 no asistieron nunca, coincidiendo con casos de demanda de otros servicios. Igualmente, casi todos los casos que han abandonado la intervención(6 en 2003 y 7 en lo que va de año) responden a casos donde la asistencia está forzada por algún profesional o por alguna situación puntual (una crisis familiar, una amenaza de expulsión de clase), pero insistimos en la **volumariedad** a la asistencia para iniciar y terminar una intervención eficaz.

2. Tipología de conflictos

Se han agrupado las demandas del último semestre en base a cuatro categorías:

- Demandas relacionadas con la educación de los menores.
- Demandas relacionadas con la conducta del menor.
- Demandas relacionadas con el consumo de drogas.
- Demandas relacionadas con el centro escolar.

Normalmente la persona que demanda es mayoritariamente la madre, y emplea una media de tres motivos en su demanda.

De las demandas categorizadas «No atender a normas», «Dificultad para relacionarse con su hijo», «desmotivación/ apatía», y las relacionadas con el centro escolar son los principales motivos por los que se acude a este servicio. Es de destacar que en 7 de las demandas los procesos de separación son un motivo o están en el fondo de los conflictos con hijos/as.

	Total
Relacionados con la educación de los menores	
• Criterios Educativos distintos / Coordinación entre padres	5
• Dificultad para relacionarse con su hijo	8
— No atender a normas	12
— Separación	7
Conductas del / la menor	
• Agresividad	7
• Desmotivación / Apatía	8
• Provoca conflictos familiares	6
• Mal comportamiento	6
• Abandono del hogar (Juzgado)	3
• Robos / Hurtos	3
Consumo de drogas	
• Esporádico	2
• Habitual	2
Conductas relacionadas con el Centro Escolar	
• Expulsiones	8
• Absentismo	8
• Conflictos en clase (con alumnos o profesores).	7

3. Áreas trabajadas

En los procesos de intervención de casos las áreas deficitarias trabajadas se pueden agrupar de la siguiente manera:

Desarrollo personal:

- Déficit de autoestima.
- Autosuficiencia.
- Toma de decisiones.
- Locus de control.
- Trastornos del estado de ánimo.

Estilos educativos:

- Sobreprotección.
- Estilos educativos diferentes en los progenitores.

- Estilos educativos inconsistentes.
- Estilos educativos indiferentes.
- Estilos educativos permisivos.

Comunicación familiar:

- Falta de comunicación.
- Procesos disfuncionales de la comunicación.

Se han apreciado otras áreas que no son objeto del presente proyecto, pero se configuran como demandas para la puesta en marcha o ampliación de la intervención:

- Problemas de relación de la pareja.
- Estilos educativos familiares disfuncionales con menores de 12 años.

En este último caso se ha contado con la posibilidad de convocar a varios padres con una situación similar para realizar una intervención grupal.

4. Técnicas empleadas

De manera general, se han empleado las siguientes estrategias:

- Uso adecuado de refuerzos y castigos.
- Técnicas de Resolución de Conflictos.
- Educación en responsabilidad, autonomía y normas.
- Técnicas de comunicación.
- Habilidades Sociales.
- Uso adecuado de la negociación.
- Información sobre la evolución del/la adolescente.
- Control de los impulsos y autocontrol emocional.
- Reestructuración cognitiva.
- Técnicas de afrontamiento.

- Uso adecuado del ocio y tiempo libre de los hijos.
- Comunicación afectiva.

En los planes de intervención de casos ha jugado y juega un papel fundamental el estudio y exposición del caso en reunión de equipo, donde se resuelven dudas, se confirma la propuesta de trabajo o se da la solución más adecuada y consensuada a cada situación. En este contexto de trabajo la coordinación y el apoyo técnico del equipo son esenciales.

Los datos obtenidos en este trabajo nos indican la importancia de la intervención familiar desde un contexto no clínico para la prevención de la aparición de conflictos familiares en el trabajo con los padres, y la necesidad de ahondar más en los procesos de la educación familiar (Desde la línea de las escuelas de padres y madres).

EL EJERCICIO FÍSICO COMO ELEMENTO DE TERAPIA

PABLO JORDÁ JIMÉNEZ

HELENA TORRECILLA PUEBLA

Los autores se plantean estudiar la relación entre el ejercicio físico y la ansiedad, la depresión, los cambios en los estados de ánimo, en la personalidad y en el funcionamiento cognitivo. «Salud y beneficios en la forma física derivan no sólo de los cambios fisiológicos que ocurren a consecuencia de la realización de ejercicio, sino también del proceso conductual del ejercicio en sí». En lo que respecta a los niveles de motivación en adolescentes, los autores concluyen que «se pueden ver incrementados si la actividad física se adapta a intereses personales con el objeto de que se adopte un estilo de vida activo».

UN CASO CLÍNICO DE ESTRÉS
POST-TRAUMÁTICO AGUDO,
VÍCTIMA SECUNDARIA
EN CONSECUENCIA DEL 11-M

JESÚS ÁNGEL VALLS PONCE

“Sandra es la menor de tres hermanos, que hasta los atentados del 11-M, su relación familiar y social eran normales, pero se ha iniciado un período que los padres llaman «regresivo», ya que no entienden las reacciones y comportamientos conductuales que está llevando su niña. Aproximadamente una semana después de los atentados se dieron cuenta de los cambios que estaba realizando». El estudio indaga en un caso de estrés post-traumático agudo a partir de técnicas cognitivas-conductuales, con fermentaciones estructurales de adquisición de reconstrucción cognoscitiva y psi-coeducación emocional.

¿DIFÍCILES DE ATENDER?
¡ATENTOS A SUS DIFICULTADES!
PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL
DEL ADOLESCENTE DESDE
UN CENTRO DE SALUD

PATRICIO J. RUIZ, LOLA BOSQUES, GABRIEL COZAR,
BLANCA GONZÁLEZ Y OTROS

La comunicación toma como punto central un proyecto de promoción de la salud mental. A raíz del proyecto «Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes», el centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares desarrolló un modelo inicial de promoción de la salud mental del adolescente en Atención Primaria, con atención individual y grupal, «dentro de la jornada de trabajo de los profesionales, basada en dotar de recursos efectivos a los jóvenes para que sean capaces de aumentar su autoestima y asertividad y afrontar las inevitables situaciones de riesgo, que relacionadas con su desarrollo personal y psicosocial, se encuentran en la adolescencia y se encontrarán con posterioridad. Se trataba de dotar al adolescente de estrategias y recursos personales para tener un criterio propio y autónomo acerca de sí mismo, sus capacidades y limitaciones, siendo capaz de autoafirmarse frente a los posicionamientos de los demás y controlar la influencia del entorno mediante un análisis crítico del mismo».

DESARROLLO
DEL CAPITAL HUMANO
EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

FRESIA ROBLEDO POMA

Que el centro se convierta en una organización que invierte en las personas no es sólo una garantía de lograr o superar los objetivos planteados, sino que es una necesidad para la supervivencia de la atención a grupos vulnerables. Esta comunicación busca responder a varios interrogantes: ¿Qué representan los adultos del centro para los jóvenes?, ¿Qué perfil deben tener y quiénes son estos adultos?, ¿Cuáles son las herramientas de trabajo de un educador?, ¿Dónde está centrada la atención en un centro?, entre otros.

Respecto de ¿Cuáles son las herramientas de trabajo de un educador?, la autora responde: «El espacio, el tiempo y principalmente nosotros mismos. Respecto a los espacios podemos valorarlos como eficientes o no , en función de la utilización de sus recursos, de sus dimensiones, de su funcionalidad, de su confortabilidad, de su disponibilidad, de su distribución, y demás atributos que lo limitan. El tiempo también puede ser valorado como efectivos, en cuanto a los logros obtenidos en duración, frecuencia y demás atributos pero también es limitado. Lo único ilimitado con lo que cuenta un educador es a “sí mismo”».

EL DIBUJO INFANTIL
COMO INSTRUMENTO PARA CONOCER
AL NIÑO: ICONOGRAFIAS DE UN PEQUEÑO
PREADOLESCENTE PRECOZ

PILAR PÉREZ

“Una de las áreas de conocimiento en que Rodrigo obtuvo un “necesita mejorar” fue en el de expresión plástica. Es sabido por los estudiosos del dibujo infantil que la expresión artística visual aparte de sus características terapéuticas que la convierten en un sistema utilizado en el arte-terapia, es también un magnífico espacio diagnóstico y de conocimiento de las circunstancias del niño. A través de sus dibujos podemos conocer a los niños, las creaciones son decodificables porque nos encontramos ante un lenguaje, diferente del visual, pero lenguaje al fin». La autora presenta un estudio de caso y sus conclusiones a través de los dibujos y las representaciones plásticas de Rodrigo, un niño de 10 años.

ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DE INTERIORIZACIÓN EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESPAÑOLA A TRAVÉS DEL BASC (SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES)

M.^a TERESA MARTÍN ARAGONESES, SARA FERNÁNDEZ GUINEA,
ELENA PÉREZ HERNÁNDEZ, JAVIER GONZÁLEZ MARQUÉS, JAIME PEREÑA
Y PABLO SANTAMARÍA

La comunicación corresponde a un grupo de investigadores del Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos) de la Universidad Complutense de Madrid y de TEA Ediciones. En ella se constatan la sensibilidad y utilidad del BASC en lo que respecta a la detección y el estudio de problemas de interiorización en los adolescentes, ya que hace posible, en virtud de su carácter multidimensional, valorar distintos aspectos clínicos (ansiedad-depresión-somatización) así como conductas desadaptativas, desde distintas perspectivas.

«Nuestros resultados son consistentes con aquellos trabajos que han encontrado una influencia de la variable sexo con un predominio de problemas de interiorización en las mujeres, pero no así con las diferencias asociadas a la edad que estos mismos destacan. Esto podría deberse al hecho de no haber incluido otros grupos de inferior edad dentro de la población estudiada, lo que podría haber permitido encontrar, de acuerdo con la literatura, diferencias más relevantes, principalmente entre los últimos años de niñez y los primeros de la adolescencia».

TERAPIA DE GRUPO
EN TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO
INFANTIL. EXPERIENCIA EN UN CENTRO
DE SALUD MENTAL

M. GARCÍA MAYO, L. MARTÍN MARTÍNEZ DE TODA
Hospital Dr. R. Labora y Centro de Salud Mental de San Blas. Madrid

A partir de un estudio en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid que cuenta con pacientes ambulatorios y con personal dedicado a la asistencia clínica diaria, la comunicación se propone indagar en las terapias de grupo. «El objeto de nuestro trabajo o de nuestra experiencia clínica ha consistido en aplicar el enfoque grupal a la realización del diagnóstico diferencial en la evaluación de los trastornos del comportamiento infantil. El proceso grupal permite, no sólo estudiar el comportamiento del niño durante un periodo de tiempo más prolongado que la tradicional consulta individual, sino que permite realizar ese estudio de forma “directa”, es decir, observando la interacción del niño con sus iguales, con los adultos (terapeutas), e incluso, con el material y las normas sociales creadas por la comunidad que, en ese momento, es el grupo».

PREVENCIÓN
DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA
EN EL ADOLESCENTE DESDE UN
PROGRAMA DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD MUNICIPAL

ÁNGEL LUIS PALACIOS HERNÁNDEZ

Responsable del programa de educación para la salud
con jóvenes del Ayuntamiento

Desde una terapia familiar sistémica, se trata de explicar la estrategia asistencial por intermedio de la cual fueron atendidos en Tres Cantos 500 jóvenes de 12 y 29 años con una prevalencia entre los 15 y 20 años. «El Programa de Educación para la Salud con jóvenes que se desarrolla desde 1998 en el Ayuntamiento de Tres Cantos, municipio de 40.000 habitantes, nos permite recoger información sobre las conductas de riesgo en los adolescentes, así como actuar sobre aquellos adolescentes con trastornos de conducta y poder aplicar en los inicios del problema el tratamiento que pueda minimizar los efectos negativos sobre la población».

LOS TRASTORNOS
DE COMPORTAMIENTO
EN LA ADOLESCENCIA: UNA EXPERIENCIA
DESDE LO EDUCATIVO EN CATALUÑA

YOLANDA MARÍN SEGURA

Dado que la violencia en los centros educativos se ha transformado en un tema de preocupante realidad y actualidad tanto en educación como en salud, la autora se propone constatar que «quizás en los últimos años se ha producido un incremento de la percepción general de la violencia como un problema». En torno a tres ejes fundamentales: el sujeto, lo institucional y la familia, se presta especial atención a la respuesta institucional para aquellos «niños y jóvenes en los que solemos reconocer unas conductas “difíciles” y a los que solemos “diagnosticar” lo que llamamos trastornos de conducta».

**INTERNAMIENTO
TERAPÉUTICO EN LA LEY ORGÁNICA
REGULADORA DE LA RESPONSABILIDAD
PENAL DEL MENOR 5/2000 - CASO CLÍNICO**

RAFAEL FANDIÑO PASCUAL, MERCEDES FERNÁNDEZ VALENCIA

«El objetivo que nos proponemos, es generar y compartir interrogantes que nos han surgido en nuestra práctica profesional en un Centro Específico en el que se cumplen medidas de internamiento terapéutico de acuerdo con la actual LORRPM 5/2000». Uno de estos interrogantes puede enunciarse como «¿cuál es, o cuáles son, los siguientes pasos a recorrer en el proceso terapéutico, reeducativo y rehabilitador, para jóvenes de estas características una vez cumplen los 18 años y finalizan el cumplimiento de las medidas penales?» De igual manera, consideran fundamental prestar especial atención al «itinerario que siguen los menores durante su estancia en centros y su posterior desinternamiento». Por eso, los autores remarcan la necesidad de crear recursos intermedios (pisos de autonomía, centros de día, centros de internamiento de corta estancia, etc.), a través de los cuales ir coordinando el desinternamiento desde el Centro donde se está cumpliendo la medida internamiento judicial.

Este libro se terminó de imprimir
en los talleres de Fernández Ciudad, S. L.
en el mes de noviembre de 2004

MAP 931 TRA TRA
36234





FUNDACION MAPFRE MEDICINA