

EL PROBLEMA DE ASUMIRSE COMO CAUSA DE SÍ MISMO: EL PENSAMIENTO ETIOLÓGICO EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Diego Salazar Rojas, PhD

Sabemos que en una medida importante los seres humanos somos parte de las causas que generan nuestras vidas. Por eso esperamos que los adolescentes controlen (es decir que sean causa conciente de) su conducta emocional, sexual, estudiantil, y social para prevenir los riesgos. El ideal es un adolescente autocontrolado pero paradójicamente es un ideal desde la voluntad adulta. Y además este ideal hace surgir la pregunta respecto a si hemos preparado a nuestros adolescentes para ser causas saludables de sus vidas. A pesar de la existencia de este ideal, sin embargo, la conducta real de los adolescentes en la cultura occidental es tal que parecen no darle importancia a las advertencias respecto de las causas que los ponen en peligro o los hacen correr riesgos. No parecen percibir que lo que hacemos hoy provoca el futuro a veces en forma irreversible o inexorable o al fin de muchos años o que somos parte activa de las causas de los acontecimientos de nuestras vidas y por lo tanto responsables de antemano de lo que nos ocurrirá en muchos años más. En vez de vivir en el mundo de las causas parecen vivir más en el mundo del deseo, más en el mundo de las apetencias inmediatas que en el mundo de los objetivos o deberes de largo plazo, que significa aplazar la satisfacción del deseo. Parecen tener algún tipo de dificultad en la deducción de los efectos a partir de las causas a la vez que no parecen tener problemas con la inducción que va de los efectos a la identificación de las causas posibles. El problema es que la prevención de los riesgos involucra sobre todo al pensamiento deductivo, aquel que se refiere a lo que podría ocurrir como efecto en el futuro dado lo que ocurre hoy en nuestras vidas. Ese mundo de la incertidumbre frente al mundo de las certezas de hoy. Se trata del control sobre el destino cotidiano que los adolescentes deben afinar y ajustar en las condiciones de una contradictoria moratoria psicosocial. Y entre todas estas cuestiones, una más: qué podemos esperar en términos de control del destino cotidiano de los adolescentes pobres acostumbrados a sobrevivir con un mínimo de ese control. Y sobre todo, la pregunta central, si, ricos, clase media o pobres, antes de llegar a ser adolescentes, nosotros los adultos ¿les hemos dado oportunidad de aprender a ser causas de sí mismos, de aprender a controlar su destino cotidiano? Porque nadie parece nacer siendo dueño de su destino cotidiano, lo aprende a lo largo de los años.

Algo paradójico en la vida humana es que todos sabemos como cometer errores, pero no todos sabemos como hacer lo correcto o lo adecuado. Esto último lo tenemos que aprender, a menudo a través de largos procesos educativos. En este contexto se inscribe el posible uso de nuestra capacidad de conducta para vivir adecuadamente. La vida espontánea no se vive desde una vivencia de “ser causa” de su vida sino desde la vivencia de ser o no ser eficaz en su vida, que no es lo mismo. Solo cuando nos falla la eficacia nos preguntamos porqué, y aun así no siempre reconocemos nuestra parte como factores

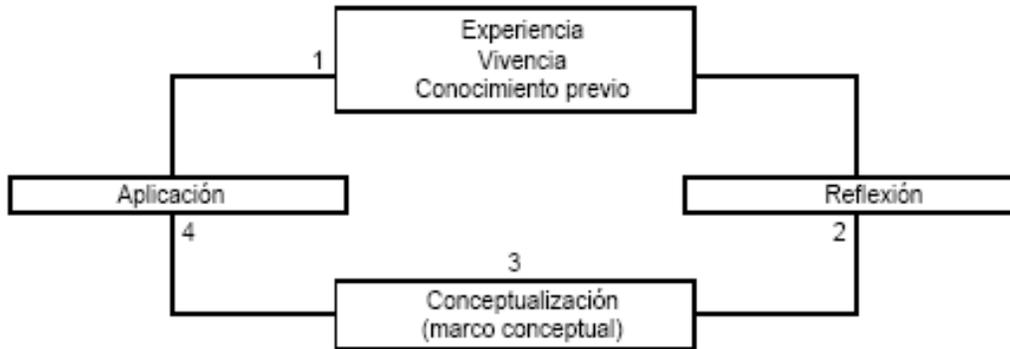
causales. Además la noción de causa es una elaboración imaginativa de la vida eficaz del cuerpo. Para adquirir plenamente la noción de causa el ser humano necesita pasar desde la simple percepción de auto-eficacia a un segundo nivel de abstracción que no surge espontáneamente en la vida cotidiana y que involucra pasar a percibir la autoeficacia y la de los otros como relaciones causa-efecto. Cuando esto ocurre hemos desarrollado pensamiento causal, que referido a salud llamaremos etiológico. Para pensar en la salud y cuidarla es absolutamente necesario tener pensamiento etiológico, es decir, pensamiento causal referido a salud y enfermedad desarrollado sobre la base de experiencia de salud y enfermedad vivida en el pasado biográfico personal y además generalizada. El pensamiento etiológico necesario debe darse en dos perspectivas: 1.-saber y tener conciencia de las relaciones entre conducta como causa y salud o enfermedad como efectos, y 2.-creer en la posibilidad de ser parte de la causa de su propia salud o de su propia enfermedad (grado de empoderamiento entendido como autoeficacia y autorregulación) y saber cómo ser causa. Ambas perspectivas son asunto de percepción y por lo tanto dependen mucho de la biografía educacional de la persona. En el caso normal de las biografías educacionales rara vez aparece el tema de la necesidad de educar el pensamiento etiológico. Entre otras cosas es importante señalar que los niños desarrollan la percepción realista de la enfermedad y sus causas recién alrededor de los 7 u 8 años. Antes de esa edad los niños se explican la enfermedad más bien por pensamiento mágico.

El pensamiento causal, y por lo tanto también el etiológico se desarrolla inductivamente sobre la base de la experiencia con cotidiana con efectos. Los sujetos parten de los efectos en busca de causas orientados por la pregunta ¿porqué? Por ejemplo, cuando los sujetos tienen acné o ven a otra persona con acné se preguntan porqué, es decir, qué ocurrió antes de que tuvieran acné y que les provocó la aparición del acné. Para responder esta pregunta los niños recurren a un trabajo de bricolage en que juntan pedazos de conocimientos y los ensamblan para construir una explicación. Muchos no consiguen identificar una causa o no sienten motivación para identificarla. Como ejemplo, en una investigación sobre este tema en adolescentes escolarizados de Lima Perú (2005), el 51.3% declaró desconocer su causa. De los que declaraban una causa para el acné, el 26% lo atribuía a “comer grasa” y el 10.8% lo atribuía al “desarrollo”. Algunos declaraban causalidad mixta tal como “comer grasa y desarrollo” o de “acumular grasa y suciedad”. Entre otras declaraciones de causalidad señalaron ambiente inadecuado, alteración en la sangre, herencia y alergia como causas de acné. El 49.5% relacionaba el acné con alimentos como las frituras y mantequilla, el 11.7% lo asociaba a estrés, el 3% a la menstruación y el 0.5% al sudor (Folia dermatol. Peru 2005; 16 (3): 113-118 Solórzano S. y col. Aspectos epidemiológicos y percepciones del acné vulgar en escolares de secundaria del Cono Sur de Lima – Perú). Tal como vemos aparecen representaciones sociales de la acné y sus causas.

Pensar en la causa de un efecto partiendo desde la experiencia del efecto es el movimiento epistemológico normal, que no se da cuando intentamos que los adolescentes “vean” la relación entre una causa y su efecto y tomen conciencia de esa relación, partiendo desde la noción de una causa. En esas condiciones, no pueden “ver” la relación. Porque la cadena causal en su mayor parte todavía no es “visible” (está en el futuro que todavía no existe) y demasiado compleja como para ser concebida sin más. Además, se produce el fenómeno llamado “descuento del futuro” consistente en la percepción de que algo es tanto más improbable cuanto más lejos esté en el futuro.

La hipótesis de este artículo es que aún carecemos de una comprensión adecuada de la conducta epistemológica de los adolescentes, es decir de cómo llegan a saber lo que creen saber. Esto suele reflejarse en la literatura pertinente. Por ejemplo, examinemos la figura que sigue aquí abajo.

FIGURA 2. El ciclo/espiral de aprendizaje sobre sexualidad y ETS/sida



La aplicación de este modelo implica experiencia, vivencia, conocimiento previo (momento 1 del modelo), que los adolescentes no tienen sobre sexualidad para poder pasar a una reflexión sobre la sexualidad (momento 2 del modelo) y luego a un modelo conceptual (momento 3 del modelo). Por lo tanto es un buen modelo para educar adultos, pero probablemente fracase como modelo para educar adolescentes. Ahora examinemos un instrumento para medir conocimientos sobre VIH-SIDA en adolescentes.

CUADRO 2. Conocimientos acerca de la transmisión y prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH/sida entre los adolescentes antes y después de la aplicación del programa educativo^a. Sto. Domingo de los Colorados, Ecuador, 1997-1998

Pregunta	Antes				Después			
	Grupo I (n = 354)		Grupo C (n = 288)		Grupo I (n = 354)		Grupo C (n = 288)	
	%C	%I	%C	%I	%C	%I	%C	%I
1. ¿Se pueden contagiar ETS sin tener relaciones sexuales?	40	60	38	62	81	19	49	51
2. ¿Se puede contagiar el sida por compartir agujas o jeringas?	82	18	83	17	95	5	85	15
3. Las píldoras anticonceptivas, ¿protegen de ETS y sida?	39	61	38	62	24	76	38	62
4. Una persona infectada con VIH, ¿puede estar contagiada durante toda la vida?	56	44	60	40	82	18	67	33
5. El daño más grave que producen las relaciones sexuales son los embarazos.	24	76	28	72	68	32	58	42
6. Si una persona utiliza correctamente el condón, ¿se protege de ETS y sida?	66	34	62	38	84	16	55	45
7. Sida y ETS son enfermedades poco graves.	73	27	70	30	90	10	69	31
8. Una de las causas de las ETS son las relaciones sexuales sin protección.	64	36	65	35	89	11	66	34
9. ¿Se puede contraer el sida al tener relaciones con una persona no contagiada del VIH?	46	54	36	64	77	23	34	66
10. El sida, ¿puede transmitirse por la picadura de un mosquito?	40	60	36	64	77	23	65	35
11. ¿Puede contagiarse el sida por contacto con saliva o sudor de una persona infectada?	30	70	28	72	75	25	49	51
12. Cuantas más parejas sexuales tiene una persona, mayores son los riesgos de infectarse de ETS y sida.	34	66	38	62	89	11	61	39
13. Las tres maneras de contagio de VIH son: intercambio de jeringas, de la madre embarazada a su hijo y las relaciones sexuales sin protección.	57	43	54	46	91	9	70	30
14. Una buena razón para postergar las relaciones sexuales es el riesgo de contraer ETS o de embarazo.	44	56	43	57	62	38	54	46

^a Las diferencias antes/después entre los grupos de intervención (I) y control (C) fueron estadísticamente significativas ($P < 0,05$).

%C: porcentaje de respuestas correctas.

%I: porcentaje de respuestas incorrectas.

FUENTE: Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. Teodoro Barros,¹ Dimitri Barreto,¹ Freddy Pérez,² Rocío Santander,¹ Eduardo Yépez,¹ Fernando Abad-Franch¹ y Marcelo Aguilar V. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 10(2), 2001

La mayor parte de esta lista de cotejo tiene como supuesto un pensamiento etiológico desarrollado. El problema es que los adolescentes todavía no lo tienen plenamente desarrollado pues no es lo mismo saber las relaciones de causa-efecto que funcionan en los fenómenos ETS que tener conciencia de ellas. El adolescente puede saber de esto pero no tiene conciencia de aquello que sabe. El pensamiento etiológico se desarrolla sobre la base de la experiencia con la realidad vivida en el pasado biográfico. Así ocurre entonces que la afirmación (contenida en el instrumento mostrado arriba) “Una de las causas de las ETS son las relaciones sexuales sin protección” aún cuando sea respondida correctamente desde el “saber” cae en un vacío epistemológico del adolescente en cuyo pasado biográfico no hay nada que pueda “hacerle conciencia” del contenido de lo que sabe sobre las ETS, ninguna de las cuales tiene él mismo o tiene alguien en su entorno. Las ETS de las que habla están vacías de contenido biográfico personal o interpersonal. Lo que no tiene base en el pasado biográfico del adolescente tiende a ser vano en la determinación de su conducta. Es el peso de los hábitos, profundamente enraizados en el pasado y poderosamente influyentes en la conducta como automatismos adquiridos que se superponen a cualquier caso de “simplemente saber”. Sin embargo, podemos partir de su conocimiento de las infecciones más comunes para generalizarlo y conseguir que el adolescente entienda sobre la base de su experiencia biográfica con las infecciones más banales la necesidad de protegerse de las infecciones ETS. Normalmente los adolescentes no dan este paso, por simple que sea, sin la ayuda adulta. Este paso está en la zona de desarrollo proximal concebida por Vigotsky.

Un falla frecuente de la percepción es la atribución al azar de fenómenos que en realidad se originan en causas bien conocidas y controlables. Es el caso de los accidentes de tráfico a menudo atribuidos a la “mala suerte”, lo cual equivale a la falta de conciencia respecto a la verdadera naturaleza causal de los accidentes.. Se trata de una ceguera epistemológica derivada de la multicausalidad aparente del accidente que “diluye” la responsabilidad entre una nebulosa de factores aparentemente concurrentes. En realidad no son propiamente “accidentes” pues tienen poco de “accidentales” y mucho de “ocasionados”. Tanto el origen de los accidentes como su gravedad, están asociados a múltiples factores, entre los cuales el más importante es el factor humano (conducción imprudente, fatiga, distracción, conducción bajo los efectos del alcohol, etc). También intervienen otros factores menos controlables medioambientales, (como la luminosidad, presencia de niebla o de lluvia, etc) y factores mecánicos, dependientes del estado del vehículo, (especialmente estado de los neumáticos, luces, frenos etc). Además de estos factores, existen factores que pueden disminuir la gravedad de los daños que se derivan de los accidentes. Estos factores protectores son por un lado el uso del cinturón de seguridad o del casco. En la realidad de los hechos, en España por ejemplo, las causas del accidente son debidas fundamentalmente a: factores humanos presentes en más del 90% del total de accidentes de tráfico con víctimas, factores ambientales que intervienen en alrededor del 12% y, factores mecánicos a los que se les atribuye el 3%. La mayoría de nosotros sabe la mayor parte de todo esto pero este “saber” no se traduce a experiencia biográfica hasta que no se tiene un accidente real. El problema es cómo visibilizar el 90% de causalidad humana presente en los accidentes de tráfico. Es fácil visibilizar el efecto, lo muestran los spots televisivos creados para sensibilizar a los conductores respecto de las consecuencias: cadáveres sobre la calzada, vehículos destrozados, personas expresando su dolor, etc. Esto es visibilizar los efectos del accidente de tráfico. En realidad lo que debemos hacer es “visibilizar” las causas. Las causas no son siempre susceptibles de ser visibilizadas o de ser expuestas sensorialmente. Este es un problema para las artes aplicadas a la prevención, un tema de acción aún no desarrollado. No es fácil demostrar experiencialmente como operan la ingesta de alcohol o el uso indebido del teléfono portátil en la generación de un accidente de tráfico. De alguna manera importante aquí las personas funcionan según el viejo proverbio “ojos que no ven, corazón que no siente”.

En la verdad de los hechos, la mayoría de las personas sabe como generar un accidente. También lo sabe el adolescente que gusta de conducir a alta velocidad. Reconociendo esto, sabemos que ese conocimiento es conocimiento válido, aunque dañino. ¿Cómo tener una alta probabilidad de hacer un accidente de tráfico? Conduzca bebido, use el teléfono portátil mientras conduce, por ejemplo. Eso lo sabemos todos. Curiosamente nuestra experiencia biográfica nos dice que la ingesta de alcohol desmejora nuestra percepción y que hablar por teléfono distrae, por lo tanto “tenemos conciencia” de que esos factores elevan la probabilidad de un accidente. El problema entonces no es educar predicando lo que todo el mundo sabe respecto de los efectos sino como “hacer presente” que “todos saben como causar un accidente” y que lo que hay que hacer es comprometerlos a no poner en práctica ese conocimiento causal. Es como decirles: “Ud sabe que si lanza a su madre sin paracaídas desde la azotea de un edificio de 10 pisos, ella tiene una altísima probabilidad de morir y por lo tanto sabemos que Ud. en condiciones normales no le hará eso a ella”. Lo que ocurre es que no lo hará porque hay aspectos emocionales involucrados en esa acción que una persona normal normalmente experimenta y que le impiden hacerlo en condiciones de vida normales. Todo aquello que podamos referir o

asociar a experiencia biográfica está saturado de emocionalidad. Lo que determina la conducta al final de cuentas es la emocionalidad. ESTO ES PENSAMIENTO ETIOLÓGICO EN ACCIÓN.

Todo esto nos lleva a replantear el tema del diagnóstico. A la luz de los conocimientos actuales sobre los adolescentes tenemos que enriquecer biográficamente su diagnóstico tanto cuando está sano (para objetivos de promover su salud) como cuando está enfermo (para prevenir). Este diagnóstico debe ser biográfico y debería incluir:

1. La realidad externa al sujeto (de las reacciones frente a las contingencias externas).
2. Los determinantes personales (biológicos, psicológicos, etc.) del sujeto.
3. Los procesos cognitivos que subyacen en el pensar y en el actuar humano.
4. Los contextos.
5. Las interacciones del sujeto con la realidad circundante.
6. Y desde los programas de acción, sus influencias y reacciones.

Este diagnóstico implica que deberemos:

— aceptar las variables cognitivas como variables de tipo organísmico si bien éstas son interpretadas de forma diversa por Kanfer y Phillips (1970), que mantienen las connotaciones iniciales de orden biológico, y por Goldfried y Sprafkin (1974), para quienes, sin renunciar a los significados precedentes, el organismo también hace referencia a las funciones de autovaloración, autoinstrucciones, pensamientos y sentimientos, propuestas conductual-cognitivas propiamente dichas.

— contemplar la actividad motora, fisiológica y cognitiva del sujeto como básica en el desarrollo de conductas adaptativas o desadaptativas, al mismo tiempo que se considera que el sujeto crea patrones afectivos que inciden considerablemente en su conducta mediante los procesos cognitivos de atención selectiva, codificación simbólica, etc.

— describir los procesos cognitivos adaptados y/o desadaptados que se encuentran en la base de la conducta, mientras que el tratamiento o enfoque consistirá en facilitar experiencias de aprendizaje que permitan modificar o reforzar las cogniciones y los patrones de conducta (comportamentales, afectivos) que se hallan ligados a dichas conductas

En este contexto es especialmente importante evaluar los procesos cognitivos que el sujeto pone en juego en su aproximación y enfrentamiento a la realidad, en el análisis de las acciones sociales en la producción del cambio individual y en el estudio de las diferencias interindividuales.

El modelo que proponemos deberá ser conductual- cognitivo-social, afirmado en que la conducta, el ambiente y el organismo interactúan recíprocamente, componentes éstos que la evaluación deberá explorar. Posiblemente, y como complemento de lo anterior, deba ser analizada la historia de los aprendizajes de sujeto.

(Investigación y prospectiva en educación especial:el diagnóstico Jesús Garanto Alós Universidad de Barcelona Educar 21, 1997)

Garanto Alós agrega a esto lo siguiente (citas textuales):

En este sentido el diagnóstico ha de ser:

— Un diagnóstico dinámico en el que el devenir, la historia personal de cada

sujeto y por lo tanto las circunstancias de su devenir, los contextos y sistemas en los que ese devenir ha tenido y tiene lugar sean valorados con el fin de que, a partir del máximo de información significativa, pueda ser conocida con exhaustividad su realidad, pueda emitirse un juicio de valor y puedan diseñarse estrategias de intervención optimizadoras de su esencia y existencia.

— Un diagnóstico procesual no limitado a un momento concreto, sino que ha de permitir una reformulación y revisión permanente dada la dinamicidad de la realidad evaluada.

— Un diagnóstico integrador en el que sean contempladas todas las áreas de desarrollo del sujeto, así como los contextos de su realidad vital de forma entrelazada, ya que todo ello, conjunta e interactivamente, puede facilitar una comprensión y/o explicación más diáfanas.

Todo ello significa que debemos promover una valoración diagnóstica:

— Que no sólo tome en consideración los tradicionales factores psicológicos, sino también muchos otros datos del sujeto y su contexto, tan relevantes o más que los anteriores.

— En la que puedan descubrirse las estrategias cognitivas que el sujeto utiliza para la resolución de problemas.

— Lo más personalizada posible y en la que la interacción personal adquiere suma relevancia.

— En la que se imponga el cambio de estrategias en el proceso de valoración (la referencia al criterio, la valoración informal, las observaciones sistemáticas, el análisis de tareas...).

— En la que la referencia a la norma deje paso a la referencia al criterio.

— Multidisciplinar e interdisciplinar y no fruto de individualidades o como mucho suma de individualidades profesionales.

— Pronóstica y orientadora para la toma de decisiones interventoras, para el planteamiento de estrategias —educativas en nuestro caso— y la resolución de problemas y no valoración para la clasificación o el etiquetaje.

Es obvio que en la biografía del niño no solo opera lo que se le da a saber sino también lo que puede saber. El pensamiento etiológico se desarrolla lentamente a lo largo de los años en el niño. La relación entre causas objetivas de enfermedad y sus efectos patológicos no se completa hasta los 12 y más años. Lo mismo ocurre con el concepto de la muerte. Veamos como evoluciona ambos conceptos en el niño:

La información sobre la visión de la muerte la hemos tomado de publicaciones del The University of Chicago Comer Children's Hospital, y las referentes a la visión de la enfermedad las hemos tomado de M. D. Llach (Llach, Aspectos psicológicos del dolor infantil. Revista Sociedad Española para el Estudio del Dolor 1997;4(1):18-23.)

Etapas pre-operacional (de 2 a 6 años):

el niño es capaz de simbolizar, adquiere el lenguaje completo en el que puede explicar lo que le pasa. Sabe que hay una causa para cada cosa y pregunta “por qué” a todo. Su pensamiento es mágico y egocéntrico. Juzga los acontecimientos a partir de sus propias vivencias y no es capaz de comprender que otro pueda ver las cosas de otra manera. Puede confundir fantasía con realidad, y evadirse de ésta expresando sus preocupaciones y

fantasías a través de juegos. **Piensa que los acontecimientos pueden ser causados por sus propias acciones o pensamientos, y la enfermedad y los tratamientos pueden ser vividos como un castigo. No hay un factor lógico para la comprensión de la enfermedad. La relación causa-efecto es inmediata. A la pregunta ¿Cómo enfermaste? Puede contestar: “me pusieron el termómetro” o “lloraba”. La definición de la enfermedad la encuentra en los signos externos: tener fiebre, no poder andar, estar en el hospital, etc. No tiene conocimiento real de la medición del tiempo, el futuro es un concepto difícil para él. Sólo conoce lo inmediato y lo pasado.**

Los niños en edad pre-escolar tienden a percibir la muerte como temporaria o reversible, como en las historietas o los dibujos animados. Con frecuencia, la explicación sobre la muerte que recibe este grupo es "se fue al cielo". La mayoría de los niños de este grupo etéreo no comprende que la muerte es permanente, que cada persona y cada ser vivo finalmente muere, ni que los seres muertos no comen, no duermen ni respiran. Para evitar cualquier posible desarrollo de un trastorno del sueño, nunca debe utilizarse el concepto de "dormir" al brindarle a estos niños una explicación sobre la muerte.

La experiencia con la muerte con la que cuentan está influenciada por aquéllos que los rodean. Pueden preguntar "¿por qué?" y "¿cómo?" se produce la muerte. El niño en edad pre-escolar puede sentir que sus pensamientos o acciones han provocado la muerte y, o la tristeza de quienes lo rodean, y puede experimentar sentimientos de culpa o vergüenza.

Cuando un niño de este grupo etéreo se enferma gravemente, puede creer que es su castigo por algo que hizo o pensó. No comprende cómo sus padres no pudieron protegerlo de la enfermedad.

Este concepto puede hacer que un niño en edad pre-escolar, hermano del niño agonizante, sienta que ellos son la causa de la enfermedad y la muerte. Es por esto que también los hermanos menores de los niños agonizantes necesitan ser tranquilizados y reconfortados durante este período.

Etapa de las operaciones concretas (de 6 a 11 años):

el niño va adquiriendo la capacidad para resolver lógicamente problemas con objetos concretos. Entiende el tiempo. Es capaz de generalizar a partir de su propia experiencia. Admite las reglas en el juego, se siente parte del grupo y desarrolla una actividad dentro de él. Es capaz de expresar sus emociones, fantasías y temores a través del dibujo, el juego y las asociaciones libres. En esta etapa se interesa por los trabajos escolares, por los juegos con ordenador, en los que puede concentrar la atención largo tiempo. **Empieza a tener conciencia de lo que es estar enfermo. Si se le pregunta alude a un elemento específico de la enfermedad, síntoma, causa o consecuencia. A medida que crece va diferenciando entre síntomas y enfermedad y sus consecuencias negativas, como la duración y el grado de dolor. Aparece la noción de contaminación: ve la enfermedad como provocada por un**

objeto causal en el organismo. Asimila los microbios a los insectos, que entran, salen, se pasean. Puede comprender la enfermedad a través de explicaciones metafóricas.

Los niños en edad escolar desarrollan un entendimiento más realista de la muerte. Aunque la muerte puede ser personificada como un ángel, un esqueleto o un fantasma, este grupo etéreo ya comienza a comprender la muerte como permanente, universal e inevitable. Pueden manifestar mucha curiosidad sobre el proceso físico de la muerte y qué ocurre después de que una persona muere. Es posible que debido a esta incertidumbre los niños de este grupo etéreo teman su propia muerte. El miedo a lo desconocido, la pérdida de control y la separación de su familia y amigos pueden ser las principales fuentes de ansiedad y miedo relacionadas con la muerte en un niño en edad escolar.

Hacia los 12-13 años

A esta edad aparece **la posibilidad de la definición plenamente lógica de la enfermedad. Puede entender también la enfermedad como producto de una disfunción de su propio organismo. Pone en cuestión la información que recibe y busca información por sí mismo si aquella no le satisface. Puede conocer su diagnóstico y disimular este hecho para seguir representando el papel que sus padres le han adjudicado. Si a sus preguntas no encuentra respuestas satisfactorias, o éstas son evasivas, intenta por otras conductas conocer la verdad (a través de otros niños que está en su situación, enciclopedias, escuchando conversaciones telefónicas, etc). Puede estar muy angustiado a causa de las informaciones parciales que ha obtenido y no ha compartido con nadie.**

Las experiencias previas y el desarrollo emocional influyen en gran medida en el concepto de la muerte de un adolescente. Independientemente de haber o no tenido experiencias previas con la muerte de un familiar, un amigo o una mascota, la mayoría de los adolescentes comprende el concepto de que la muerte es permanente, universal e inevitable.

Es durante el período de la adolescencia cuando la mayoría de los niños comienza el proceso de establecer su identidad, su independencia y la relación con sus pares. Un tema predominante de este período es el sentimiento de inmortalidad o de estar exento de la muerte. El reconocimiento de su propia muerte amenaza todos estos objetivos. Las actitudes negativas y desafiantes pueden cambiar de repente la personalidad de un adolescente que se enfrenta a la muerte. Puede sentir no sólo que ya no pertenece o no encaja con sus pares, sino que tampoco puede comunicarse con sus padres.

Otro concepto importante entre los adolescentes es la imagen que ellos tienen de sí mismos. Una enfermedad terminal y, o los efectos del tratamiento pueden provocar muchos cambios físicos que enfrentar. El adolescente puede sentirse solo en su lucha, temeroso y enojado.

Es importante que los padres se den cuenta de que los niños de todas las edades responden a la enfermedad y a la muerte de una manera particular. Necesitan apoyo y, en particular, alguien que los escuche, los tranquilice y disipe sus miedos.

(The University of Chicago Comer Children's Hospital | 5721 S. Maryland Avenue | Chicago, IL 60637)

En la exposición que sigue nos basamos principalmente en el texto de N. Javier Vila y Juan M. Rosas (Eds.), *Aprendizaje causal y recuperación de la información Perspectivas teóricas* (Colección Universitas © del lunar 2005).

El aprendizaje causal por ser inductivo es gradual. **Aprender que una “causa produce un efecto” demanda un proceso previo experiencias que permitan que los niños detecten la relación de covariación existente entre ambos eventos para poder realizar posteriormente una atribución causal en forma de juicio o creencia. La investigación reciente sugiere que en la comprensión de este proceso es necesario tomar en cuenta la participación de varios mecanismos en la inferencia causal, entre los cuales se halla la implicación de la memoria para almacenar los contenidos del aprendizaje** resultante, que, en el caso del aprendizaje causal, serían creencias causales sobre nuestro entorno.

Centrándonos en el aprendizaje causal, y dado que en nuestro ambiente la causalidad casi siempre es probabilística, una medida que permite estimar objetivamente el grado de relación entre una causa y un efecto es la conocida regla ΔP que establece el grado de relación en función de la probabilidad del efecto dada la presencia o ausencia de la causa. Es decir, en la vida cotidiana, llegamos a comprender la relación causa-efecto por un efecto acumulativo de experiencias en que observamos lo mismo, que un acontecimiento de tipo A va seguido de un acontecimiento de tipo B. El supuesto básico es que el individuo calcula la relación causal a partir de las frecuencias con que ha observado la sucesión entre los acontecimientos A y B. Dicho de otro modo, los humanos tenemos en cuenta todos los sucesos que nos ocurren para estimar el grado de relación entre causas y efectos, y no cualquiera de ellos aisladamente, y (2) sobre todo, que esta regla permite predecir de manera bastante precisa los juicios causales emitidos en múltiples condiciones experimentales. Esta regla sugiere que las personas actúan como estadísticos intuitivos que detectan y analizan los sucesos que les ocurren en su propio ambiente para calcular la contingencia entre dichos sucesos de tipo A y B y estimar el grado de relación entre ellos (Cheng y Novick, 1992; Perales, Catena y Maldonado, 2002).

En el proceso de aprender la relación causa-efecto, los sujetos diferencian situaciones predictivas (en las que el aprendizaje se realiza de causas a efectos) de diagnósticas (en las que el aprendizaje se realiza de efectos a causas). El hecho de discriminar entre los diferentes roles causales que puedan desempeñar las señales y los resultados permite a los sujetos poder razonar de causas a efectos, que es el orden temporal real.

Un aspecto importante del proceso de aprehensión de las relaciones causa-efecto es el supuesto que los seres humanos somos capaces de inferir causas ocultas a partir de patrones de evidencia explícita. **Al igual que en el caso de la sensibilidad de los sujetos al rol causal de los eventos, estudios recientes avalan esta capacidad humana de inferencia (Danks y Mckenzie, estudio no publicado citado en Glymour, 2003; Gopnik et al, 2004; Kushnir, Gopnik, Schulz, y Danks, 2003). Estos resultados muestran cómo cuando la única posibilidad de formar un modelo causal legal de los eventos implica la existencia de una causa no observada, los sujetos son capaces de inferirla a partir de la información de las co-ocurrencias de los eventos observables.**

COMO SER CAUSA DE SI MISMO:

La mayor parte de los objetivos en la vida humana son emocionales. Richard Boyatzis del Departamento de conducta de las organizaciones de la Facultad de Administración de la Case Western Reserve University ha narrado algo que no debería sorprender: "Cuando en nuestros cursos los ejecutivos y estudiantes del programa de maestrías comienzan a explorar qué es lo que quieren de su vida -una tarea que nos lleva cuatro meses-, sorprende que el 80% de sus objetivos no tienen nada que ver con el trabajo, sino con la salud y con los afectos". Es decir, la mayor parte de las motivaciones a la acción en la vida humana están en el ámbito de las emociones. Por eso la inteligencia emocional es decisiva en la vida. En los procesos de causarse a sí mismo la inteligencia emocional es esencial.

El adolescente sano sabe que sus emociones son causa de sus acciones, pero que esta causalidad no es un simple mecanismo sin control. Sabe que es el quien decide cuales emociones se traducirán a acciones y cuales no dentro de un marco ético de cuidado de sí mismo y de los demás.

La inteligencia emocional debe traducirse a competencias emocionales. Las competencias emocionales son de enorme importancia en la vida. Son el resultado de la biografía social de las personas tal como esta se ha desarrollado en su familia, la escuela y la vida social en general. Es un aprendizaje social típico con que el adolescente ingresa a su adolescencia. Las competencias emocionales están basadas en el auto-conocimiento. Por lo tanto es tarea de padres y maestros contribuir a que los niños y jóvenes aprendan a conocerse a sí mismos., Recordemos que uno de los descubrimientos importantes de la psicología social es que somos lo que creemos que los otros creen que somos. Conocerse a sí mismo es el componente básico de la inteligencia emocional. Este conocimiento se constituye como auto-consciencia. Autoconsciencia significa tener comprensión de las emociones, fortalezas, debilidades, necesidades y motivaciones propias.

Los adolescentes emocionalmente inteligentes poseen un alto grado de autoconsciencia. No son extremadamente críticos, tampoco son confiados en exceso. Son honestos consigo mismos y con los demás. Los adolescentes que tienen un alto grado de autoconsciencia saben cómo sus sentimientos los afectan a ellos mismos, a otras personas y a su desempeño en el trato con los demás. El adolescente autoconsciente exhibe comprensión de los valores y objetivos propios y ajenos, sabe hacia dónde se dirige en la vida y por qué. Este adolescente tiene una imagen exacta de sus puntos débiles y sus puntos fuertes y está dispuesto a invertir en sí mismo. El adolescente autoconsciente se reconoce por sinceridad y capacidad para autoevaluarse de manera realista. Los adolescentes emocionalmente

inteligentes con una alta autoconciencia pueden hablar acertada y abiertamente sobre sus emociones y el impacto que tienen en su vida personal, familiar, laboral, o social.

Los adolescentes emocionalmente inteligentes que tienen conciencia de sí mismos hablan sin problemas de cuáles son sus fortalezas y sus debilidades.

"Los adolescentes emocionalmente inteligentes autoconscientes también se distinguen por la confianza que tienen en sí mismos. Comprenden muy bien cuáles son sus limitaciones y es poco probable que se exijan más de lo que pueden dar en sus proyectos o tareas. También saben pedir ayuda. Cuando asumen riesgos, son riesgos calculados y no asumen desafíos que saben que no podrán enfrentar adecuadamente.

Los impulsos biológicos dirigen las emociones de los adolescentes emocionalmente inteligentes, pero ellos pueden regular esas emociones. La autorregulación de que se trata aquí toma la forma de una constante conversación interior. Este diálogo interior evalúa emociones, acciones y consecuencias, y sobre esa base toma decisiones en un contexto ético aprendido eficazmente generalmente del entorno social. Los adolescentes emocionalmente inteligentes que practican el diálogo interior consigo mismos sienten lo mismo que otros impulsos negativos, incluso antisociales, pero saben ponerse límites y hasta canalizarlos de manera útil.

Los adolescentes emocionalmente inteligentes que dominan sus sentimientos e impulsos (es decir, los adolescentes emocionalmente inteligentes que son razonables) son capaces de crear un clima de confianza en su entorno social

Las señales de autorregulación emocional son la propensión a la reflexión y la contemplación; el sentimiento de comodidad con la ambigüedad de las situaciones y con el cambio; y la integridad, la capacidad de decir que no a los deseos impulsivos.

Los adolescentes emocionalmente inteligentes tienen capacidad de empatía, es decir son capaces de tener en consideración los sentimientos de los demás.

Los adolescentes emocionalmente inteligentes con habilidades sociales tienden a tener un amplio círculo de conocidos y la capacidad para hallar puntos comunes con personas de todo tipo; tienen capacidad para hacer buenas amigas. Tienen una red de contactos establecida para cuando llega el momento de la acción. La habilidad social es la culminación de las otras dimensiones de la inteligencia emocional