

EL MENOR MADURO CINCO APROXIMACIONES A UN PERFIL POLIÉDRICO



Centro
Reina Sofía
sobre adolescencia
y juventud

fad

EL MENOR MADURO

CINCO APROXIMACIONES A UN PERFIL POLIÉDRICO

Virxinia Alonso Paz

Natalia Álvarez Lata

Azucena Couceiro Vidal (coordinadora)

Alfredo Oliva Delgado

José Antonio Seoane Rodríguez

Gustavo Andrés Zaragoza Gaynor

Centro
Reina Sofía
sobre adolescencia
y juventud

| fad

 Santander

Telefonica

© FAD, 2019

Edita:

Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)
Avda. de Burgos, 1 y 3
28036 Madrid
Teléfono: 91 383 83 48
fad@fad.es

Coordinación:

Azucena Couceiro Vidal

Autoría:

Virxinia Alonso Paz
(Centro Integrado de Formación Profesional Ánxel Casal. Monte Alto, A Coruña)
Natalia Álvarez Lata
(Departamento de Derecho Privado. Área de Derecho civil. Universidade da Coruña)
Azucena Couceiro Vidal
(Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas. UPV/EHU)
Alfredo Oliva Delgado
(Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Sevilla)
José Antonio Seoane Rodríguez
(Departamento de Derecho Privado. Área de Filosofía del Derecho. Universidade da Coruña)
Gustavo Andrés Zaragoza Gaynor
(Aplica Coop)

Maquetación:

Ediciones Digitales 64

ISBN:

978-84-17027-25-4

DOI:

10.5281/zenodo.3530525

Cómo citar este texto:

Couceiro, A. (coord.) (2019). *El menor maduro. Cinco aproximaciones a un perfil poliédrico*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad.
DOI: 10.5281/zenodo.3530525

Desde el Centro Reina Sofía hemos abordado muchas y diversas facetas que afectan a la socialización de adolescentes y jóvenes, y los informes publicados así lo reflejan. Pero hasta ahora no habíamos puesto el foco en conceptos básicos, clave y nucleares como los que sustentan esta obra conjunta, alineada en torno a la figura del menor maduro.

El texto que los y las lectoras tienen entre las manos analiza desde diferentes perspectivas, cinco como bien señala el título, al "menor maduro", recorriendo desde la teoría e ilustrando con la práctica, las certezas, cuando las hay, y fundamentalmente la evolución, los retos y desafíos de los profesionales para discernir temas tan relevantes como cuándo un menor, o una menor de edad, tiene madurez para tomar decisiones por sí mismo o cuándo requiere ser tutelado por las personas que lo tienen a su cargo. Así mismo, analiza cómo asegurar y garantizar que son ciudadanos de pleno derecho y, al mismo tiempo, acompañarles en su toma de decisiones y en los diferentes tránsitos que han de afrontar en este periodo vital.

Un tema fascinante, difícil de mostrar en su complejidad que, además, ha implicado a un grupo de profesionales procedentes de diversos ámbitos, como la Sociología, el Derecho, la Educación, la Psicología, la Medicina y la Bioética. Desde su dilatada experiencia han logrado un excelente ejercicio de clarificación, síntesis y riqueza de contenidos que, sin duda, convierten este volumen en un manual de referencia no realizado hasta ahora.

Esperamos que sea de utilidad a todos los profesionales que trabajan con menores, así como una lectura de interés para quienes conviven con ellos y realmente se preocupan por comprender la progresión de su madurez y de sus capacidades, y la posibilidad de que tomen decisiones sobre aquello que les afecta. Nada más y nada menos que un ejercicio de responsabilidad respecto de nuestros menores.

Beatriz Martín Padura
Directora General de la Fad

Presentación	4
Introducción	7
1. Sociología y menor maduro. La importancia del contexto	10
1.1. Introducción	11
1.2. Contexto general	12
1.3. Las representaciones sociales	20
1.4. Ciudadanía	22
1.5. Conclusiones	24
2. El desarrollo psicológico de la capacidad para tomar decisiones	30
2.1. Introducción	31
2.2. La capacidad para la toma de decisiones	32
2.3. El desarrollo de la capacidad para tomar decisiones	34
2.4. Los componentes de la capacidad para tomar decisiones	52
2.5. Casos prácticos	54
2.6. A modo de conclusión	59
3. El menor maduro desde la perspectiva del Derecho	67
3.1. Planteamiento	68
3.2. El menor y sus derechos	69
3.3. La edad en el Derecho	70
3.4. Actuación, responsabilidad y derechos de la persona menor de edad	72
3.5. Actuación, responsabilidad y derechos de la persona menor madura	76
3.6. El menor maduro en acción	81
3.7. Conclusión	89

4. La educación del menor maduro, o cómo convertirse en un razonador práctico independiente	92
4.1. Introducción	93
4.2. Significado y contenido de la educación	94
4.3. Justificación de la educación	97
4.4. Etapas y ámbitos educativos	98
4.5. Herramientas y procesos educativos	105
4.6. La educación del menor maduro en acción	108
4.7. Conclusión	112
Anexo. Elaboración de un programa de intervención educativa	113
5. El menor maduro en la relación clínica	118
5.1. Introducción	119
5.2. El tránsito del paternalismo al respeto de la autonomía en el ámbito de la Medicina	120
5.3. El menor y la relación clínica	122
5.4. El ejercicio práctico de la deliberación sobre la capacidad del menor. Casos clínicos	133
5.5. Conclusiones	150

INTRODUCCIÓN

Azucena Couceiro Vidal

El surgimiento de la figura del menor maduro, de un menor que sin haber alcanzado la mayoría de edad tiene ya la madurez y capacidad para tomar determinadas decisiones, adquiere todo su sentido en una sociedad en la que la infancia y la adolescencia son objeto de una estimación y protección social impensables en otras épocas históricas.

Debido entre otros a su carácter ágrafo, las culturas antiguas estimaron socialmente al anciano, el depositario de las tradiciones, del saber y de la experiencia. En la Grecia clásica se produce la primera traslación de dicha estimación hacia la edad madura, entendida entonces como la época de plenitud y de perfección física y social, mientras que el anciano y el niño son para el mundo griego seres imperfectos, que o bien no han llegado a la madurez, o ya la han perdido. En el siglo XVII se produce la segunda traslación: el niño deja de ser visto como un adulto en miniatura y se convierte en un ser independiente del adulto, con características propias. Este fenómeno cristaliza en la Ilustración, época en la que el niño adquiere un estatuto social y jurídico propio. El paradigma de esta visión de la infancia y la juventud encuentra su máxima expresión en la obra de Rousseau.

Ahora bien, niños y adolescentes están bajo la tutela de sus padres, que tienen sobre ellos la patria potestad, figura jurídica que también evoluciona a lo largo de la historia. Lo que en el Derecho Romano se entiende como *potestas* o poder sobre los otros, en el siglo XIX está ya asentada como una obligación que se adquiere respecto de los menores, que deben ser tutelados por los adultos hasta que adquieran la mayoría de edad, tomando por ellos las decisiones que les afectan. Además, según avanza el siglo XIX, comienzan a reconocerse intereses propios de los menores, independientes de los de sus padres y de los de su ámbito familiar, intereses que el Estado debe proteger.

Reflejo de esta evolución en pro de la identidad y autonomía del menor es que la mayoría de edad se haya ido reduciendo paulatinamente. En el siglo XIX pasó de 21 a 18 años. Y en el siglo XX se produce un doble giro. Por un lado, y para determinadas actuaciones relacionadas con el ámbito de la vida y la salud, se

equipara la mayoría de edad a los 16 años. Por el otro, se entiende que lo importante no es tanto el criterio de la edad cuanto el de la madurez y capacidad del menor. Los menores no son adultos y, ciertamente, tienen que ser tutelados, pero sólo en la medida en que no puedan ejercer por sí mismos sus derechos como ciudadanos.

La consecuencia inmediata es que un menor que es capaz decide y actúa por sí mismo. Este nuevo fenómeno de la doctrina de los derechos civiles aplicada al menor, también conocida como “doctrina del menor maduro”, no es fácil de llevar a la práctica. De aquí la estructura de la obra que se presenta al lector, en la que cada capítulo consta de dos partes, una teórica y otra práctica, que mediante el análisis de casos permite retomar teorías y conceptos, y aplicarlos de manera prudencial a cada situación y a sus circunstancias.

La comprensión de la teoría requiere un abordaje contextualizado. Interesa saber si existen representaciones sociales de la categoría del menor maduro, y las circunstancias y contextos en los que se desarrolla esta etapa de transición hacia la autonomía más plena (capítulo 1). A partir de aquí, y desde el ámbito de la Psicología (capítulo 2), se aclaran los conceptos en torno a la capacidad para tomar decisiones, su desarrollo y los factores que influyen la maduración cognitiva y emocional de niños y adolescentes.

Sabiendo ya qué es un menor maduro y cómo adquiere de forma progresiva las capacidades que le configuran como tal, nos adentramos en el ámbito del Derecho (capítulo 3) para ver si reconoce, y de qué manera —grado, actos, circunstancias— el criterio de la madurez. La respuesta del Derecho al menor maduro no sólo es el reflejo de la transición desde modelos paternalistas a otros más respetuosos con la autodeterminación, sino también el resultado de un delicado equilibrio entre el respeto a la libertad y la obligación social de protección cuando se entiende que está comprometido el interés del menor.

Somos seres sociales y sociables, que si bien construimos nuestros proyectos personales de vida también compartimos proyectos cívicos y culturales, reflejo de la sociedad en la que vivimos. Educar es desarrollar procesos que favorezcan la maduración de habilidades cognitivas y sociales. El reconocimiento de la autodeterminación del menor tiene que ir de la mano de una educación generadora del tránsito desde la heteronomía a la autonomía (capítulo 4). Cómo se hace, en qué ámbitos, a través de qué procesos y herramientas, son preguntas a las que se intenta responder cuando planteamos cómo estructurar un programa educativo que posibilite que los menores sean autónomos, capaces de llevar a cabo un proceso de maduración que les permita evaluar la realidad, tomar decisiones y actuar en consecuencia.

Finaliza la obra dedicando un capítulo al menor maduro en el ámbito de la relación clínica (capítulo 5). El ámbito biomédico tiene varios aspectos que conviene destacar. En primer lugar, es un espacio de tradición histórica fuertemente paternalista, y en el que todavía se está trabajando en la introducción real, y no sólo legal, del respeto de un valor hoy tan importante como es el de la autonomía de los pacientes adultos. En segundo lugar, es aquel al que el Derecho ha prestado una atención específica al establecer la presunción de la madurez de los menores a partir de los 16 años, y reconociendo que, aun por debajo de esta edad, si hay madurez y capacidad para un acto, el menor puede decidir y actuar por sí mismo. Esto significa que cada profesional tiene que evaluar a cada menor, la situación clínica en la que se encuentra, las alternativas terapéuticas y sus capacidades cognitivas y emocionales, proceso no exento de dificultades ni de consecuencias vitales, éticas y jurídicas. Y en tercer lugar, porque las evaluaciones deben de apoyarse en instrumentos clínicos que objetiven dichas capacidades para no caer en el riesgo de aproximaciones exclusivamente subjetivas o de una arbitrariedad inaceptable en un tema de esta envergadura.

Para poder realizar un trabajo conectado desde todos los ámbitos de estudio, los autores se han planteado más preguntas que respuestas. Entendemos que el menor maduro es un fenómeno reciente, que tratamos de clarificar desde distintas disciplinas respondiendo conjuntamente a esta nueva realidad, dándole un sentido homogéneo, una vista panorámica que contribuya a su comprensión y que sea de utilidad para todos aquellos que se acerquen a esta obra colectiva.

Azucena Couceiro Vidal
Coordinadora

1. SOCIOLOGÍA Y MENOR MADURO. LA IMPORTANCIA DEL CONTEXTO

1. SOCIOLOGÍA Y MENOR MADURO. LA IMPORTANCIA DEL CONTEXTO

Gustavo Andrés Zaragoza Gaynor

*"La juventud de hoy ama el lujo. Es mal educada, desprecia la autoridad, no respeta a sus mayores... y tiraniza a sus maestros."
Sócrates (470 a.C. – 399 a.C.)*

1.1. INTRODUCCIÓN

Los niños, niñas y adolescentes, en todo el mundo, constituyen de por sí un grupo social y poblacional vulnerable. Lo son por su constitución física, más débiles que los adultos, por su más corta experiencia de vida, por su posición social de dependencia y porque en las relaciones de poder siempre aparecen en desventaja frente al mundo adulto. Pero esta vulnerabilidad, que parece consustancial a la infancia y adolescencia, se cruza con otras vulnerabilidades, producidas por circunstancias que caracterizan la complejidad de las sociedades contemporáneas. Éstas están relacionadas con la ausencia de cuidados adecuados o la incapacidad de proporcionarlos por parte de las personas o instituciones responsables de los mismos.

Pero a pesar de sus limitaciones propias de la edad y de las circunstancias adversas, tal y como revelan las investigaciones más recientes, la infancia bajo ciertas condiciones puede convertir su vulnerabilidad en una fortaleza. Estas aportaciones contribuyen a repensar la posición de los menores de edad, como miembros activos de la sociedad y, como tal, poseedores de derechos y obligaciones. Se trata de un discurso que se inscribe en una tendencia que reclama una concepción más inclusiva del concepto tradicional de ciudadanía, en la que tenga una mayor cabida la diversidad de los grupos sociales.

El constructo de menor maduro intenta definir la etapa previa a la mayoría de edad, esta idea básica de cambio donde madurar e ir asumiendo responsabilidades y responder de las consecuencias de los propios actos. Es la edad en la que gradualmente se van adquiriendo competencias en las diferentes facetas de

la vida para dejar atrás la etapa dependiente hacia una etapa cada vez más autónoma y que culmina con en la edad adulta.

En este capítulo se pretenden describir las circunstancias y contextos donde se desarrolla esa transición hacia la etapa autónoma. Y, por otro lado, conocer las ideas previas elaboradas y compartidas socialmente; las representaciones sociales que acompañan a estos procesos desde el punto de vista de la Sociología.

Para ello se ha seguido una revisión de fuentes secundarias disponibles en abierto, utilizando siempre la fuente más reciente, información tanto cualitativa como cuantitativa que ayuden a enmarcar la situación actual de esta generación en tránsito en nuestro país. Se ha puesto también el foco en aquellas ideas aceptadas socialmente que ayudan a definir y comprender la categoría social que nos ocupa: el menor maduro.

1.2. CONTEXTO GENERAL

1.2.1. *Un poco de historia*

Los orígenes de los movimientos pro-infancia se pueden ubicar en los primeros años del siglo XIX. En pleno desarrollo de la Revolución Industrial, la aristocracia europea promovía acciones preocupada por la explotación infantil. Eran acciones que no tenían una visión más allá de la caridad y de alguna manera estaban encaminadas a evitar supuestos "males futuros" a la sociedad a la que pertenecían (Mara Tissera, 2018). Eran momentos donde la aspiración de protección de la infancia pasaba por limitar el trabajo infantil en la mina o en la fábrica a no más de diez o doce horas diarias. Estas reivindicaciones son el germen de las propuestas de la escolarización obligatoria, siempre desde la mirada del adulto y como una forma de prevenir males futuros.

En aquellos años y hasta entrado el siglo XX, los niños y las niñas se consideraban totalmente dependientes de la familia, necesitados de la protección que ésta ofrecía. Esta vulnerabilidad atribuida a la infancia se correspondía con una etapa de vida inocente y sin preocupaciones definida en oposición a todas aquellas cualidades y atributos que se otorgaban a la adultez. A principios del siglo XX se comenzó a hablar de "bienestar" de la infancia y de la existencia de una serie de derechos especiales (Mara Tissera, 2018) por el mero de hecho de ser menores de edad. Esta visión continuó siendo hegemónica durante décadas. La infancia es, por definición, inocente e indefensa y como tal necesita ser protegida de los posibles abusos de la sociedad adulta y garantizar que se cubren sus necesidades básicas.

En paralelo, se desarrollaron otras visiones antagónicas que abogaban por una visión emancipadora y de mayor autonomía para la infancia. Estas corrientes, agrupadas en la Declaración de Moscú sobre los Derechos del Niño, postulaban la necesidad de que el Estado, las familias y la sociedad en su conjunto se responsabilizaran del cuidado de los niños. El objetivo era "proteger a los jóvenes de los efectos dañinos" que el modelo de la familia nuclear burguesa conllevaba. Se consideraba que ésta "inhibía el potencial radical de los niños", como recoge Mara Tissera en su artículo sobre concepciones hegemónicas de la infancia (Mara Tissera, 2018).

TABLA 1.1. PRINCIPALES PREOCUPACIONES Y VISIONES RESPECTO A LA INFANCIA

ÉPOCA HISTÓRICA	PREOCUPACIÓN SOCIAL	VISIÓN SOCIAL
SIGLO XIX	Caridad desfavorecidos Evitar males mayores Mejora del trabajo infantil El menor como propiedad de la familia	Visión de una vida inocente Sin preocupaciones Vulnerable Visión adultocéntrica
Primera mitad del SIGLO XX	Aparece el bienestar "Derechos especiales por ser menores" Declaración de Moscú, 1918 Derechos del Niño, 1919	Receptáculos vacíos Vida inocente Vida inofensiva Necesita protección Visión adultocéntrica Necesidad de supervisión y control
Segunda mitad del SIGLO XX	Declaración de los Derechos del Niño, 1959 Convención Internacional de Derechos del Niño, 1989	Estado como garante de bienestar Actores sociales Infancia como categoría heterónoma Distintas miradas

Fuente: Elaboración propia.

Ambas visiones convivieron y se fueron transformando durante décadas hasta que, finalmente, confluyen en la Convención Internacional de los Derechos del Niño de 1989 que sitúan a los Estados como garantes finales del bienestar y los derechos que se le otorgan. El carácter vinculante de la misma obligó a los países firmantes a adaptar su legislación y promover políticas para cumplir de manera

efectiva los derechos y libertades recogidas en la Declaración de los Derechos Humanos que afectaban a los y las menores de edad. De todos los países miembros, tan sólo dos, Estados Unidos y Somalia, no firmaron el documento. Además de ser un nuevo marco legal de obligado cumplimiento supuso también apoyar un marco teórico para las Ciencias Sociales sobre el que se sustentaron las nuevas formas de mirar, entender y relacionarse con las realidades del menor de edad.

1.2.2. Las Sociologías en la doctrina del menor maduro

Desde la perspectiva sociológica, el concepto de menor maduro es abordado transversalmente por múltiples enfoques —desde la Sociología de la familia a la de la educación o el arte— en tanto categoría social que atraviesa numerosas dimensiones de la realidad social.

En este sentido, desde estas líneas se entiende que la noción de menor maduro trasciende la mera categoría demográfica, y se percibe como una categoría social dentro de un sistema de estructuras y relaciones sociales dinámicas y específicas que la definen. Nos centraremos especialmente en la situación de tránsito entre un estado dependiente y un estado autónomo. En este sentido, entenderemos la dependencia como la situación en la se considera que alguien está subordinado a una relación de poder hasta que no se le atribuya socialmente la capacidad social de valer por sí mismo. Y, a su vez, entenderemos la autonomía como una categoría social por la cual la sociedad legitima a los menores de edad como agentes sociales con ciertas competencias en diferentes terrenos, que hasta ese momento eran exclusivos de los adultos (Rodríguez-Pascual y Morales-Marente, 2013).

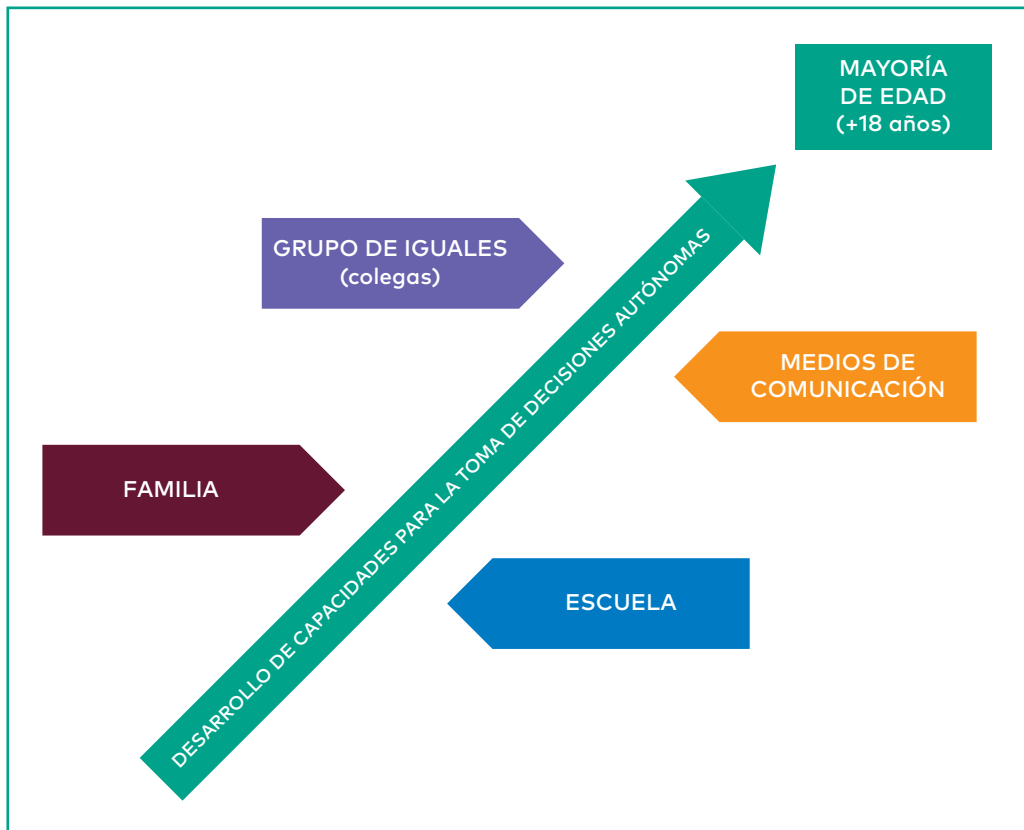
Sin un consenso definido, las Sociologías de la Infancia, la Adolescencia y la Juventud, desde la flexibilidad, comparten competencias en la construcción del concepto de menor maduro. Las tres especialidades tienen mucho que aportar a la explicación sociológica y a su construcción epistemológica.

1.2.3. El papel de los agentes socializadores en el tránsito al mundo adulto

La etapa etaria que se corresponde con el menor maduro —aproximadamente entre los 12 y los 18 años—, es un momento fundamental en el desarrollo de la vida de cada persona y en ella se forma gran parte de la identidad que nos acompañará para el resto de la vida. En esta etapa comienza lo que Bergen y Luckman llamaron socialización secundaria (Domínguez González, 2004).

Durante la socialización primaria la persona adquiere sus primeras capacidades intelectuales y sociales que le ayudan a convertirse en miembro de la sociedad. Ésta sucede sobre todo en el seno de la familia y las primeras instituciones educativas. No existe un punto de inflexión específico que identifique el paso de una socialización a otra ya que esta transición se produce de manera paulatina. En la socialización secundaria se aprehenden conocimientos específicos y se potencian las habilidades necesarias para la participación social con las pautas de comportamiento adaptadas a la normalidad. En esta etapa el conocimiento y las habilidades adquiridas son más abstractas y son promovidas por acciones educativas formales e informales (Domínguez González, 2004). En este contexto, los agentes sociales que más peso tienen en la socialización en estos momentos son: la familia, la escuela, los y las iguales y los medios de comunicación.

FIGURA 1.1. AGENTES Y DESARROLLO DE CAPACIDADES PARA LA TOMA DE DECISIONES



Fuente: Elaboración propia.

Familia

La familia es el principal y primer agente socializador en las primeras etapas de la vida. Es un espacio de seguridad donde se comienzan a adquirir competencias y responsabilidades que tienen que ver con el ámbito doméstico.

Después de la salud (88,4%), la familia (85,4%) es la cuestión que mayor importancia representa en la vida de los adultos en España, seguida, veinte puntos por debajo, por el trabajo (68,5%) y la pareja (63,7%) (CIS, 2014).

Así, la familia se posiciona estructuralmente como el principal espacio de socialización política. Los estudios clásicos demuestran que las nuevas generaciones reproducen la orientación política de sus padres y madres. El caso español no es una excepción y las nuevas generaciones mantiene un alto grado de coincidencia con la posición de la generación anterior (Castillo, 2000). Y si es cierto que la familia ha perdido peso en la socialización frente al grupo de iguales, no lo es en este aspecto.

Escuela

El adelanto de la edad para acceder a la Educación Secundaria que se produce con la LOMCE también tiene consecuencias en el desarrollo de la autonomía. La Educación Primaria se acorta dos cursos (de ocho a seis) y se comienza la ESO con 12 años. En la mayoría de los casos, este paso también implica la necesidad de adaptarse a un nuevo centro de mayor tamaño y con jóvenes mayores que ellos con dos años de antelación. Ese adelanto de dos años frente al modelo anterior también supone una aceleración en su proceso madurativo puesto que la forma de adaptarse al nuevo medio pasa por imitar a los mayores y renunciar a aquello que les identifique con su edad real. Este proceso se traduce en una maduración acelerada y un adelanto en la asunción tanto de responsabilidades como de conductas de riesgo relacionadas con el ocio adolescente. Además de la edad, las expectativas escolares y la calidad del sistema escolar son otros de los factores que repercuten en que las y los escolares asuman estas situaciones de riesgo (Páramo, 2011).

Congéneres

En las sociedades actuales la supervisión de los padres ha disminuido en detrimento de instituciones escolares. Un vacío que refuerza la posición de los iguales, que se mueven hacia instituciones más laxas en el control social que proporcionan el hogar o la escuela.

Estos nuevos espacios forman otros de los contextos de socialización más importantes de la adolescencia en adelante. En estas edades se comparten por

primera vez ritos iniciáticos que refuerzan el sentimiento de pertenencia, ritos diferentes a los proyectados desde el mundo adulto y que tienen que ver con la transgresión y la desobediencia al poder.

Medios de comunicación e información

La información de calidad es un requisito imprescindible para la toma de decisiones justas, autónomas y coherentes. La generación actual tiene la capacidad para elegir y la capacidad para elegir bien. No es un trabajo fácil y requiere de esfuerzo y ejercicio de credibilidad entre todas las fuentes accesibles que generan mucho ruido informativo. En este sentido, la exposición a cierta información no fiable a temprana edad supone un riesgo para asumir decisiones de forma autónoma. Es un proceso de elección que se va complejizando en la medida que necesitan acceder a mayor y mejor información para tomar decisiones más complejas. Forma parte de un proceso de aprendizaje y maduración necesario para llegar a la toma de decisiones coherentes, libres de injerencias.

1.2.4. Maduración, responsabilidad o autonomía en función de la edad

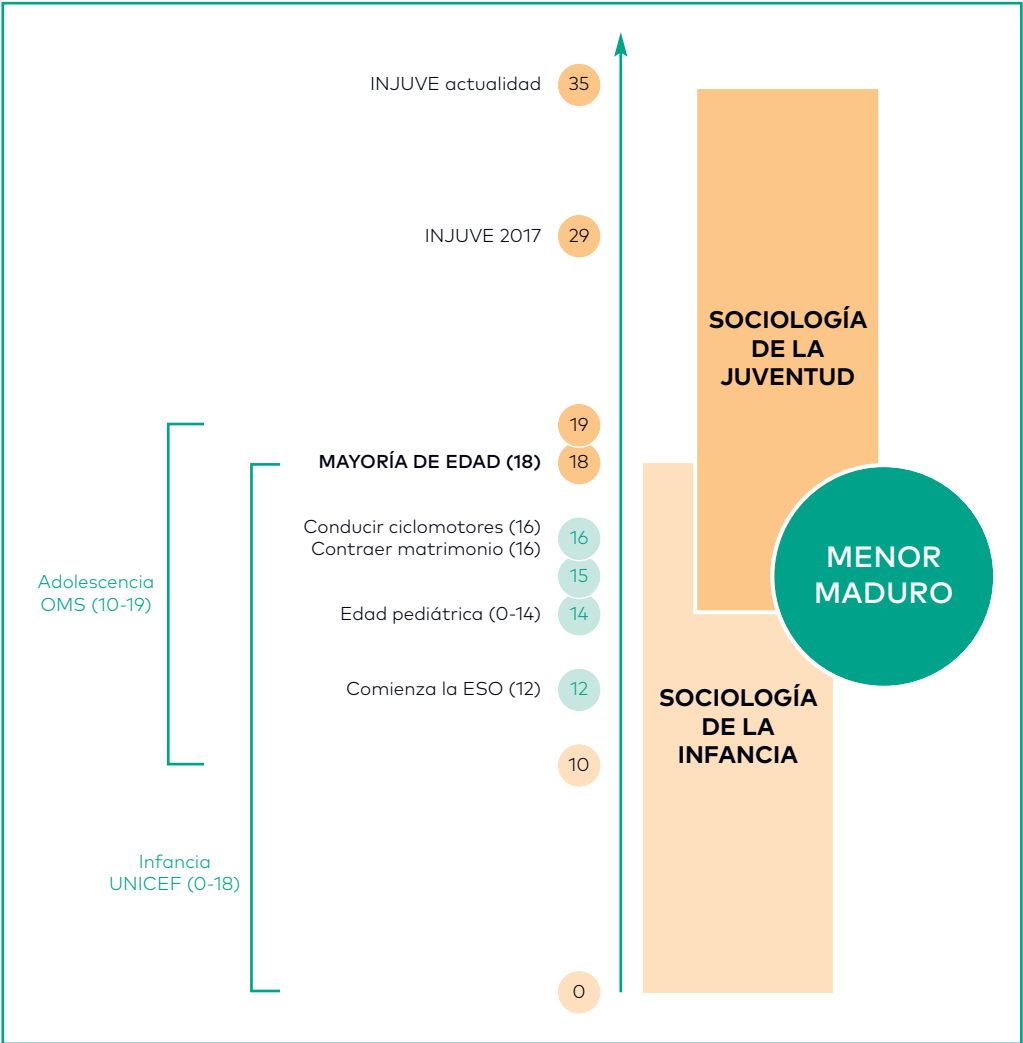
La edad de una persona condiciona, de forma general, su capacidad de obrar. Es una cualidad física temporal en constante cambio. Según la misma y el momento histórico en el que nos encontremos, se le pueden atribuir a las personas actitudes, capacidades o posibilidades de ejercer ciertos derechos y obligaciones que cambian en función de cada contexto.

La clasificación de los grupos humanos según la edad es uno de los criterios más compartidos por las ciencias de todos los ámbitos. Los criterios dentro de estas clasificaciones varían de una sociedad a otra, de un momento histórico al siguiente y no siempre suelen compartirse de manera interdisciplinar. Así, las variables pueden tener un orden que se corresponda con un criterio biológico, legal, social, psicológico, educativo o meramente práctico.

En este sentido, por ejemplo, la OMS (Organización Mundial de la Salud) define "la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años" (OMS, 2014). En España la edad pediátrica finaliza a los 14 años y se puede interrumpir voluntariamente el embarazo sin permiso expreso de los progenitores a partir de los 16 años. El Código Civil, desde 1978, marca la mayoría de edad con el cumplimiento de los 18 años. No obstante, la ley reconoce excepciones, entre otros casos, para contraer matrimonio y trabajar a partir de los 16 años, la misma edad que en la que se permite conducir motocicletas. Para el resto de los vehículos a motor hay que esperar a los 18 años.

Así, convivimos a diario con una serie de leyes o normas que marcan límites entre diferentes edades relacionadas con grados de maduración, responsabilidad o autonomía. Por ejemplo, los criterios orientativos para la calificación por grupos de edad de películas del ICAA¹ (Instituto de la Cinematografía y las Artes Audiovisuales) fijan los diferentes permisos para edades de 7, 12, 16 y 18 años.

FIGURA 1.2. LA VARIABILIDAD DE LA EDAD COMO CRITERIO



Fuente: Elaboración propia.

1. ICAA: http://www.mcu.es/gabineteprensa/notas/19592010/criterios_de_calificacion.pdf

En cuanto a la edad de acceso a discotecas y salas de fiesta, difiere según la Comunidad Autónoma. Por ejemplo, en casi todas las CCAA, ésta coincide con la mayoría de edad; en otras, como en Baleares, se marca a los 16 años e incluso con excepciones hasta los 14 años en función del horario². En lo referido a la edad para casarse, en España, se ha aumentado la edad de los 14 a los 16 años, mientras que en la mayoría de los países de nuestro entorno es a los 18 años.

En la práctica también hay acciones entre las que existe una disonancia entre la norma y la práctica. Por ejemplo, la edad legal para beber alcohol se establece en los 18 años, sin embargo, los estudios muestran que la edad media en la que se comienza a consumir alcohol es de 13,7 años (MSCBS, 2016).

1.2.5. *El tránsito a la vida adulta en la post-crisis*

La entrada de los y las jóvenes españolas al mundo adulto está condicionada por el marco de la reciente crisis socioeconómica. Las perspectivas que proyecta la generación actual no son nada prometedoras. Los medios de comunicación se hacen eco de dos titulares que *a priori* pueden parecer contradictorios: ser la generación mejor preparada de la historia, pero también ser la primera generación en democracia cuyas expectativas son vivir peor que sus madres y padres.

La precarización del mercado laboral en general, la temporalidad, un paro juvenil por encima del 36%, unido al alza de los precios de la vivienda, lastra la emancipación y retrasa la vida autónoma fuera del hogar familiar. La media de edad en la que los jóvenes españoles se independizan se ha retrasado actualmente hasta los 29,3 años frente a los 26 años de media en Europa (Eurostat, 2017). Si la etapa etaria del menor maduro oscila entre los 12 y los 18 años, todos y todas ellas, en la actualidad, han convivido con los efectos de la crisis socioeconómica que tiene su origen en la quiebra de Goldman Sachs en 2008.

La situación que espera a la nueva generación cuando se incorpore al mundo adulto estará marcada por la estacionalidad y la flexibilidad, y muy probablemente, por la precariedad. Una horizonte de falta de expectativas que, sumadas a otras causas, afectan a que este grupo de edad relegue la cultura del esfuerzo de su ideario, tan presente en las generaciones anteriores. Disponer de más formación, conseguir mejores calificaciones o hablar más idiomas no es ya sinónimo de éxito laboral.

2. Federación de Asociaciones de Ocio Nocturno: <https://www.fasyde.es/public/contents/doc/730/CUADRO%20EDAD%20DE%20ACCESO.pdf>

La adversidad del contexto económico y laboral ha alargado la transición hacia la vida adulta, de manera que la etapa juvenil ha comenzado a tomar nuevos sentidos y formas. Así, si ser joven se había caracterizado tradicionalmente por ser una etapa de transición y de carencia frente al "universo adulto", en la actualidad, ser joven se ha convertido en una etapa deseable en sí misma (Albaigés, 2007). De hecho, las dificultades de los procesos de transición también han devenido en la prolongación de la juventud, como forma de garantizar la estabilidad material y social a un grupo poblacional que se mueve en dificultades objetivas de automantenerse y de proyectarse autónomamente hacia el futuro.

En este sentido, estos contextos que limitan de manera evidente las oportunidades de proyección futuras, se han incorporado al "imaginario juvenil" como rito de tránsito obligatorio a la edad adulta. Albaigés (2007: 406) sostiene que esta noción sobre la dilatación de la "etapa joven", es una estrategia adaptativa que se caracteriza por una valoración neutral de las condiciones del empleo en el presente e, incluso, por una valoración positiva, en términos de libertad y de "oportunidades de aprovechar mejor otras esferas vitales más significativas para el joven".

Sin embargo, tal y como señalan Albaigés, Sisto y Román (2003), los y las jóvenes no reniegan de los escenarios materiales vinculados tradicionalmente con la etapa adulta (trabajo estable, vivienda estable, etc.), sino que la normalización de la precariedad se asume como un hito transitorio que cambiará con el tiempo y que culminará en la etapa adulta.

1.3. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Estos cambios de percepción del menor maduro vienen marcados por las distintas representaciones sociales de cada sociedad. Éstas se van conformando a través de las experiencias propias y las informaciones y memorias compartidas que recibimos y a su vez transmitimos (Jodelet, 1986; citado en Costas, 2002). Es el conocimiento admitido por cada grupo social que ayuda a comprender y comunicar sobre el entorno social. En este sentido la noción de realidad social y su proceso de construcción es un elemento clave para la comprensión de esta teoría.

Para Berger y Luckman (2001), la construcción social de la realidad hacía referencia a la tendencia de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. Las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad coherente, es decir, las personas perciben la realidad como independiente

de su propia aprehensión, apareciendo ante ellas objetivada y como algo que se les impone (Domínguez González, 2004). La clasificación de las personas en diferentes categorías sociales constituye una fuente de determinación que también afecta a la elaboración individual, esto a su vez genera categorías compartidas de la realidad e interpretaciones similares de los hechos sociales. La realidad de la vida cotidiana, por tanto, es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido (Araya Umaña, 2002).

Esto no quiere decir que las representaciones sociales sean uniformes para cada persona, grupo o sociedad. No existe una representación social homogénea. Cada representación social está influida por el contexto donde se construye. Asimismo, las representaciones sociales no son espontáneas. Requieren de una legitimidad del grupo y una construcción referida a una materialidad práctica centrada en las creencias, imágenes y percepciones del sistema grupal ya vigentes (Munar, 1981).

Las representaciones sociales nos ayudan a desarrollar creencias y valores o pautas de comportamiento aceptadas por la conciencia colectiva que nos ayuda a desenvolvemos en la vida cotidiana. Es el conocimiento del sentido común que tiene como objetivo colocar lo que se conoce (Mora, 2002). Las representaciones sociales acerca de la juventud se construyen y reconstruyen continuamente, por eso, el concepto de juventud es un término que nunca logra una definición estable y acabada (Urcola, 2003). En el presente epígrafe se van a tratar de identificar las representaciones sociales predominantes en la sociedad española actual en relación al menor maduro con especial atención a las capacidades y habilidades sociales que le permitan alcanzar una autonomía.

Las representaciones sociales en torno al menor maduro y, concretamente, las relacionadas con la autonomía y la asunción de responsabilidades se construyen desde una visión adultocéntrica. Por definición, si pensamos en la etimología de la construcción, menor maduro implica una contradicción. Por un lado, el término "menor" se construye en oposición al término "mayor". Un estado en el que se presupone que no se está preparado para la vida adulta, el estadio siguiente en el que sí se goza de capacidades y habilidades completas. Sin embargo, al unirlo al calificativo maduro entramos en una dualidad ambivalente. Atribuye al menor una cualidad, la madurez, que por definición le es negada socialmente en su estado completo. Esta situación se puede confundir con el concepto clásico de adolescencia, también identificado como ese periodo que marca el final de la infancia y el inicio de la edad adulta.

La sociedad identificó una nueva categoría dentro de la infancia, y construyó la adolescencia, que viene de *adolescere*: los que les falta alguna cosa (Casas,

2006). En este sentido el constructo de menor maduro va más allá de la mera dicotomía de minoría y madurez y atrae para sí mismo conceptos que son propios de la adultez. Así, la definición de esta nueva categoría social se basaría en los grados de las diferentes nociones de responsabilidad, capacidad y autonomía. Estas variables son entendidas como permeables y flexibles en función de los contextos donde se apliquen.

Desde el mundo adulto se percibe que, en comparación con los adultos, los adolescentes no están capacitados para asumir las responsabilidades que les permitan ejercer la participación social de pleno derecho. Se percibe que es una etapa que afecta más al ámbito familiar que social y que deben estar bajo la tutela de los progenitores y moverse en el ámbito privado (Rodríguez-Pascual y Morales-Marente, 2013).

El CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) publicó en 2005 su estudio 2621 sobre las actitudes y opiniones sobre la infancia en España. En este sentido, Rodríguez-Pascual y Morales-Marente (2013) se basaron en los resultados de este estudio para indagar sobre las representaciones sociales en torno a la autonomía previa a la mayoría de edad y los ámbitos en que éstas se desarrollan. Sobre esto, fueron tres los principales factores que se extrajeron como elementos clave para identificar conceptualmente la autonomía: la responsabilidad, lo doméstico y la emancipación.

El primer factor, el de la responsabilidad, explicaría variables que tienen que ver con conductas de ocio fuera del ámbito doméstico (salir por las noches, decidir la hora de regreso los fines de semana) y el control sobre sí mismos y su propio cuerpo (mantener relaciones sexuales y decidir hacerse un *piercing*/tatuaje), y otras que hacen referencia a un gran grado de autonomía (como contraer matrimonio o votar en unas elecciones). El segundo factor explicativo, el doméstico, nos ayuda a comprender las negociaciones dentro del ámbito familiar (poder usar móvil, participar en decisiones familiares, decidir la hora de acostarse o elegir sus artículos de consumo). Finalmente, el factor emancipación haría referencia a factores con carga de responsabilidad colectiva y serían los que requieren de una edad más cercana a la mayoría de edad (la responsabilidad penal, poder trabajar y colaborar en las tareas domésticas).

1.4. CIUDADANÍA

Al hablar de ciudadanía desde la Sociología es inevitable hacer referencia a Thomas H. Marshall y su ensayo *Ciudadanía y clase social*, publicado por primera vez en 1950. Para el sociólogo inglés la ciudadanía se definía por el disfrute de los

derechos civiles, políticos y sociales. A partir de ahí, la ciudadanía pasa a ser un status que disfrutaban los miembros de una comunidad.

Marshall distinguía tres tipos de derechos que conformaban la ciudadanía: los derechos sociales, los civiles y los políticos. Para alcanzar el estatus de ciudadano necesariamente se debían disfrutar los tres. En el caso del menor maduro, en España, no se adquiere este estatus al no tener derecho a voto ni derecho a ser elegido. Este planteamiento reconoce a los y las menores de edad como "ciudadanos en construcción" que van alcanzando derechos de manera escalonada pero no deja de verlos como seres incompletos que no adquieren el desarrollo pleno de derechos hasta la edad adulta. No les presupone la racionalidad y autonomía suficientes para cumplir con sus obligaciones y ejercer sus derechos. Un ejemplo ilustrativo es que tampoco se reconocía el derecho del menor a una educación como un derecho básico del estado de bienestar, sin embargo sí reconoce el derecho al ciudadano adulto a haber sido educado (Siqueira de Lara, 2018).

Esta visión contrasta con otras visiones actuales que sí perciben a los menores de edad como "ciudadanos presentes", como competentes para ejercer derechos y con capacidad para asumir las responsabilidades que éstos conllevan (Casas, 2006). Los nuevos estudios, y no tan nuevos, sobre la infancia, entendida en este caso como la edad hasta los 18 años, comienzan a establecer la importancia de la agencia y a verlos como actores sociales y políticos en diferentes facetas de la vida cotidiana (Sünker y Moran-Ellis, 2018).

A nivel internacional, Unicef reconoce la participación en la infancia, para todos los menores de 18 años, como un derecho y uno de los cuatro principios fundamentales de la Convención sobre los Derechos del Niño (Unicef, 2008). Según R. Hart (1993), "la participación es el proceso de compartir las decisiones, que afectan la vida propia y la vida de la comunidad en la cual se vive. Es el medio por el cual se construye una democracia y es un criterio con el cual se deben juzgar las democracias. La participación es el derecho fundamental de la ciudadanía". (Observatorio de Infancia, 2008). El propio R. Hart no concibe la participación infantil como una acción independiente de la infancia, sino como una interacción permanente con los adultos; es decir, como un proceso de aprendizaje mutuo. De esta manera se produce un proceso de socialización recíproca que ayuda al menor a desarrollar su subjetividad y adquirir competencias como agente de cambio social.

Para que la participación sea plena, se propone que las instituciones públicas apoyen la formación de opiniones bien informadas y el asociacionismo como premisas básicas para este fin. El desarrollo de la participación como un derecho ciudadano presupone el fomento de la confianza y la representatividad de

manera paulatina mediante la práctica, hasta que se adquiere este derecho de forma plena. El derecho a participar como "ciudadanos del presente" (Casas, 2006) se valora como un experiencia necesaria que permite adquirir competencias y habilidades para que se puedan tomar decisiones que afectan a la vida propia y a la vida de la comunidad.

Progresivamente han ido apareciendo nuevas formas de participación y formas de acción colectiva no convencionales (Parés, 2016). Las protestas políticas, los movimientos sociales y las formas de organización cooperativas, se han potenciado al amparo de internet y las redes sociales. El interés por estas nuevas formas de participación contrasta con la desafección con la política y la desconfianza en las instituciones tradicionales (Gilbert, 2015).

En este sentido, en 2017, el interés por la política en los jóvenes españoles entre 15 y 19 años era de tan sólo un 8%, frente al 13,6% de los jóvenes entre 20 y 24 y del 10,7% de quienes tenían entre 25 y 29 años. El sondeo *Jóvenes, participación y cultura política* (INJUVE, 2017) revela que los jóvenes también participan de forma política en la sociedad a través de otras acciones como: asistir a una manifestación (40,7%); firmar una petición (39,5%); comprar ciertos productos por razones políticas, éticas o medioambientales (38,5%); compartir información de tipo político en redes sociales (30,3%); entregar o recaudar dinero para alguna causa social o política (29,6%) o enviar mensajes políticos a través del móvil (12,7%). Estas formas de participar y ejercer derechos completa al menor maduro a expensas de cumplir los 18 años para poder ejercer el voto en las elecciones legislativas o regionales y municipales. Son formas de participación necesarias que suman y complementan las prácticas tradicionales de participación.

1.5. CONCLUSIONES

Vivimos en una sociedad en la que, como hemos visto, se otorga una responsabilidad social para cada edad, en lugar de pensar en la capacidad para asumir decisiones. El concepto de menor maduro entra en juego en esta disyuntiva, planteando la asunción de responsabilidades de forma paulatina, siempre en función de las capacidades, hasta la etapa adulta. Este concepto refuerza la capacidad de agencia y la autonomía para enfrentarse a la toma de decisiones libres ante ciertas situaciones que se pueden dar antes de la mayoría de edad.

Previo a la mayoría de edad se les niegan una serie de derechos por el mero hecho de no alcanzar los 18 años y, por el contrario, estos mismos se le conceden

automáticamente en su décimo octavo cumpleaños. Por otro lado, también hemos visto que existe cierta arbitrariedad a la hora de fijar la edad de acceso para otros ámbitos de la vida cotidiana que varían en función de la legislación autonómica. Estas cesiones, previas a la mayoría de edad que ya están implantadas en la sociedad vienen, de alguna manera, a apoyar esa idea subyacente del menor maduro que atribuye capacidad de agencia para tomar decisiones en diferentes ámbitos en la transición a la vida adulta.

Para ello es importante tener en cuenta, por lo menos, los espacios de socialización donde se construyen esas representaciones sociales en torno al menor maduro. La familia como primer espacio de socialización es el espacio ideal para asumir responsabilidades que se corresponden con el ámbito doméstico. Proceso que debería ir parejo y acompañado por un sistema educativo que potencie y desarrolle esas capacidades necesarias para enfrentarse a la toma de decisiones autónomas. Para ello, es también necesario el fomento del sentido crítico que permita al menor maduro saber discernir entre la información de calidad y la que no lo es. En un momento vital donde la vulnerabilidad va acompañada de una permeabilidad a toda clase de discursos, esta capacidad es básica para la toma de decisiones libres. Finalmente, el último espacio de socialización, pero no por ello el menos influyente, sería la relación con el grupo de iguales. En este tipo de relaciones hemos visto que se comparten por primera vez ritos de iniciación al mundo adulto relacionados con la transgresión de las normas y que refuerzan el sentimiento de pertenencia entre el grupo de pares.

Esta idea de transición inclusiva igualmente se puede aplicar a la ciudadanía, generando espacios con nuevas formas de participación social tanto en la familia como en el ámbito educativo o en la sociedad general. Es la forma de ampliar derechos políticos de forma paulatina en los menores de edad para construir "ciudadanos del presente" para tomar decisiones que afectan a la propia vida y a la de la comunidad. Ésta sería la marca característica del constructo del menor maduro, el fomento y el desarrollo de las capacidades en transición paulatina necesarias para desenvolverse en la vida adulta y que están directamente vinculadas a las responsabilidades propias y colectivas.

Siendo de una u otra forma, es necesario investigar más y generar una base crítica de conocimiento sobre y para el menor maduro, que tenga en cuenta sus peculiaridades y recoja todas sus subjetividades, evitando las miradas adultocéntricas. Faltan datos empíricos que avalen los discursos. Para ello, debemos recordar que, desde un punto de vista metodológico, la investigación con y sobre el menor maduro y su situación social reclama una aproximación teórica diferente, pero sobre todo, técnicas de investigación y recursos

metodológicos propios que, si bien no tienen por qué ser necesariamente nuevos, sí deben presentar un carácter al menos adaptado al objeto de estudio elegido. Herramientas sociológicas que permitan y garanticen un acercamiento al menor directamente y desde su posición. Investigar y profundizar en los nuevos discursos a la vez que dotar de nuevo sentido a los viejos conceptos. No ir sólo con herramientas, que ya las tenemos, sino dotarlas de contenido.

BIBLIOGRAFÍA

Albaigés, B. (2007). "Construcción de valores en los procesos de emancipación juvenil". *Revista Arquitectura Ciudad y Entorno (ACE)* nº 5.

Albaigés, B.; Sisto, V. y Román, J.A. (2003). *Crisi del treball i emergència de noves formes de subjectivitat laboral en els joves*. Col·lecció Estudis nº 10. Barcelona: Secretaria General de Joventut.

Alderete Ochaita, E. y Espinosa Bayal, M.A. (2015). "Las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles". *Estudios de Juventud*, nº 63(3): 49–62.

Alpízar, L. y Bernal, M. (2003). "La construcción social de las juventudes". *Última Década*, 11(19): 105–123. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362003000200008>

Araya Umaña, S. (2002). "Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión". *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127: 1–74.

Berger, P. y Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Brunet, I. y Pizzi, A. (2013). "La delimitación sociológica de la juventud". *Última Década*, 21(38): 11–36.

Casas, F. (2006). "Infancia y representaciones sociales". *Política y Sociedad*, 43(1): 27–42.

Castillo, A.M.J. (2000). "Familia y socialización política. La transmisión de orientaciones ideológicas en el seno de la familia española". *Reis*, 71–92.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2013). *Encuesta Social General Española (ESGE)*. Estudio nº 2975.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2014). *Opiniones y actitudes sobre la familia*. Estudio nº 3032.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2014). *Opiniones y actitudes sobre la familia (II)*. Estudio nº 3032.

Consejo de la Juventud de España (2017). *Observatorio de Emancipación* nº 14.

Costas, M. (2002). *Representaciones Sociales. Trabajo Social con Grupos Intervención Transformadora*. Cuadernos de Trabajo Social. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

De León Sánchez, B. (2011). "La relación familia-escuela y su repercusión en la autonomía y responsabilidad de los niños/as". *XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación* (Vol. 1). Universidad de Barcelona.

Domínguez González, M.D. (2004). "La construcción de la identidad en la juventud: Sociedad, cultura y género". *III Jornadas Pedagógicas de la Persona. Identidad Personal y Educación*. Sevilla. Universidad de Sevilla, Departamento de Teoría e Historia de la Educación y Pedagogía Social.

Eurostat (2017). *When are they ready to leave the nest?*
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20170503-1>

Gaitán, L. (2006). "Sociología de la Infancia: nuevas perspectivas." *Política y sociedad*, 43 (1): 9-26.

Gentile, A. (2016). "La emancipación juvenil en tiempos de crisis: un diagnóstico para impulsar la inserción laboral y la transición residencial". *Metamorfosis. Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud*: 119-124.

Gilabert, F.J. (2015). "Jóvenes, internet y política. El cambio de paradigma tecnopolítico". *Metamorfosis: Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud*, 2: 87-99.

Gualda Caballero, E. y Rodríguez Pascual, I. (2019). *Investigando la infancia. Los condicionantes teóricos y metodológicos del estudio sociológico de la infancia*. Universidad de Huelva. Departamento de Sociología y Trabajo Social.

Hart, R.A. (1993). "La participación de los niños: de la participación simbólica a la participación auténtica". *Papers inness 93/13, Innocenti Essay*.

Hernán, M.J. (2006). "Demografía de la infancia en España: Los niños como unidad de observación/Demography of Childhood in Spain: Children as Observation Unit". *Política y Sociedad*, 43(1): 43-62.

Mara Tissera, L. (2018). "Concepciones hegemónicas de la infancia en un siglo de movimientos en favor del bienestar de la niñez". *Sociedad e Infancias*, 2(0): 39-57.
<https://doi.org/10.5209/SOCI.59289>

Margulis, M. y Urresti, M. (1996). "La juventud es más que una palabra". En Mora, M. (2002). La teoría de representaciones sociales de Moscovici. *Athenea Digital*, 2(2). DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.55>

Marshall, T.H. (2007). *Ciudadanía y clase social*. Madrid: Alianza Editorial.

Mora, M. (2002). "La teoría de representaciones sociales de Moscovici". *Athenea Digital*, 2(2).

Munar, J. (1981). *Representaciones sociales*. Universidad Complutense de Madrid.

MSCBS-Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2016). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Observatorio de Infancia (2008). *Informe sobre experiencias de participación social efectiva de niños, niñas y adolescentes*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaría de Estado de Política Social.

Observatorio de la Juventud en España-INJUVE (2017). *Jóvenes, participación y cultura política en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS).

OMS (2014). *Desarrollo en la adolescencia*.

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>

Parés, M. (2016). "La participación política de los jóvenes ante el cambio de época: estado de la cuestión". *Metamorfosis. Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud*: 65–85.

Rodríguez-Pascual, I. y Morales-Marente, E. (2013). "¿Cuántas veces dejamos de ser niños? Un análisis de la representación social de la autonomía infantil / How Many Times Do We Stop Being Children? An Analysis on the Social Representation of Children's Autonomy". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.143.75>

Siqueira de Lara, J. (2018). "La actuación responsable de los niños más allá de los derechos y deberes de la ciudadanía". *Sociedad e Infancias*, 2(0). <https://doi.org/10.5209/SOCI.59382>

Sünker, H. y Moran-Ellis, J. (2018). "Nuevos estudios de infancia, política de infancia y derechos de los niños y niñas". *Sociedad e Infancias*, 2(0): 171-188. <https://doi.org/10.5209/SOCI.59592>

UNICEF-Comité Español (2006). *Convención sobre Los Derechos del Niño*. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Urcola, M. (2003). "Algunas apreciaciones sobre el concepto sociológico de juventud". *Invenio: Revista de Investigación Académica*, 11: 41-50.

Vergara, A.; Peña, M.; Chávez, P. y Vergara, E. (2015). "Los niños como sujetos sociales: El aporte de los Nuevos Estudios Sociales de la infancia y el Análisis Crítico del Discurso". *Psicoperspectivas*, 14(1): 55-65. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol14-Issue1-fulltext-544>

2. EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LA CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES

2. EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LA CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES

Alfredo Oliva Delgado

2.1. INTRODUCCIÓN

La capacidad para la toma de decisiones experimenta un importante desarrollo durante los años de la adolescencia, de forma que al término de la misma la mayoría de chicos y chicas tendrán una competencia similar a la que muestran las personas adultas. No obstante, al tratarse de un proceso de desarrollo gradual, y en el que están implicadas diversas habilidades cognitivas y socio-emocionales, se mantiene abierto el debate acerca de la edad a la que los adolescentes son capaces de tomar decisiones de forma totalmente autónoma y sin que de esa decisión se deriven riesgos para su salud o su seguridad.

Se trata de un asunto de enorme interés social por las repercusiones que la cronología en el desarrollo de esta competencia tiene para aspectos relativos a la regulación legal de la adolescencia.

En las páginas que componen este capítulo se presentan los principales hallazgos provenientes de estudios relacionados con la capacidad para tomar decisiones llevados a cabo tanto en el campo de la psicología del desarrollo cognitivo y socio-emocional como en el ámbito de las neurociencias. La evidencia disponible derivada de dichos estudios indica que resulta algo arriesgado dar una respuesta definitiva y unívoca acerca de la edad a la que chicos y chicas están capacitados para tomar decisiones de forma racional y sin riesgos, debido a que existen muchos factores situacionales que condicionan e influyen sobre la decisión.

No obstante, existe un cierto consenso en que alrededor de los 15 o 16 años la mayoría de adolescentes habrán desarrollado las competencias necesarias para una toma de decisiones racional y segura en situaciones en las que disponen de la información y el apoyo necesarios.

2.2. LA CAPACIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES

El desarrollo de la capacidad para la toma de decisiones a lo largo de la infancia y la adolescencia es un asunto que cobra una importancia capital si tenemos en cuenta cómo muchas de estas decisiones pueden tener importantes consecuencias para su salud, su seguridad o su futuro. El hecho de que durante la adolescencia chicos y chicas pasen mucho tiempo en compañía de sus iguales y sin supervisión parental y tomando decisiones autónomas justifica el interés de investigadores por el desarrollo de esta competencia personal en los años previos a la adultez. Por otra parte, hay que considerar que son muchas las situaciones en las que resulta recomendable de cara al fomento de su autonomía personal que los menores de edad participen de forma activa de las decisiones que les afectan directamente.

En el contexto familiar la adolescencia representa una etapa evolutiva en la que tiene lugar una transición desde las decisiones tomadas de forma unilateral por padres y madres, a la plena autonomía de chicos y chicas para tomar decisiones sobre algunos asuntos que les conciernen, tales como la forma de vestir, la elección de amigos o el empleo del tiempo libre. Y tal como avala la abundante evidencia empírica disponible, la promoción de autonomía por parte de los progenitores es una de las dimensiones del estilo parental más claramente relacionada con el bienestar y ajuste adolescente (Parra y Oliva, 2015).

Algo parecido podría decirse con respecto al contexto escolar, donde la provisión de oportunidades para la participación del alumnado en asuntos académicos y relativos a la vida del centro resultan activos fundamentales para el empoderamiento y desarrollo competente del alumnado (Pertegal, Oliva y Hernando, 2015). Un empoderamiento que también debe potenciarse en el entorno comunitario, fomentando la participación de los adolescentes en algunos proyectos relativos a la vida del barrio y en la toma de decisiones sobre la organización de actividades culturales/recreativas o en el uso que se da a ciertos espacios comunitarios. Cuando chicos y chicas intervienen en esas decisiones es mucho mayor la probabilidad de que se sientan partícipes de la vida del barrio, lo que conllevará un mayor sentimiento de autoeficacia y una mayor vinculación con la comunidad (Oliva y Antolín-Suárez, 2015).

Por otra parte, los organismos internacionales recomiendan la implicación de sujetos menores de edad en la toma de decisiones con respecto a asuntos que les atañen directamente, tales como el someterse a determinados tratamientos médicos o la participación en investigaciones y ensayos clínicos (Unicef, 1989). Unas recomendaciones que en muchos países se concretan en leyes que

especifican la edad a partir de la cual niños y niñas deben ser considerados competentes para implicarse en esas decisiones.

Más allá de consideraciones de carácter ético con respecto a este empoderamiento, hay que tener en cuenta que, tal como plantea la Teoría de la Autodeterminación (Ryan y Deci, 2000), la búsqueda de autonomía representa una necesidad intrínseca básica y universal cuya satisfacción resulta esencial para la salud psicológica y el bienestar personal. Tal vez, ello justifique la evidencia acumulada acerca del efecto positivo que la promoción de autonomía del adolescente tiene sobre su desarrollo positivo (Oliva, 2016).

Sin embargo, a pesar del consenso sobre la importancia de respetar la autonomía de los menores, no existe un acuerdo acerca de una edad que indique cuándo un niño o niña tiene la suficiente competencia para tomar decisiones razonables en diferentes ámbitos. Por una parte, hay que tener en cuenta que existen importantes diferencias entre sujetos de la misma edad pero con diferentes niveles de madurez cognitiva. Por otra parte, menores que pueden haber mostrado la suficiente madurez para tomar una buena decisión en una determinada situación, pueden carecer de la misma en otras situaciones que requieren de una mayor experiencia vital (Grootens-Wiegers *et al.*, 2017).

Ello ha llevado a que muchos investigadores se interesen por el estudio del desarrollo de esta competencia. No sólo por su relación con la doctrina del menor maduro, sino también por su importancia para asuntos relacionados con la regulación legal de la adolescencia, tales como el acceso de chicos y chicas a ciertos privilegios y derechos cívicos, o su grado de responsabilidad cuando cometen delitos. Por otra parte, esta competencia psicológica también puede ayudarnos a entender mejor algunos de los comportamientos de asunción de riesgos frecuentes durante la adolescencia.

La capacidad para tomar decisiones madura de forma gradual a lo largo de la infancia y adolescencia, hasta que llega el momento en que, ante muchas situaciones, los chicos y chicas adolescentes son capaces de tomar decisiones de forma bastante parecida a las personas adultas. Sin embargo, la opinión pública generalizada suele ser bastante pesimista y considerar a chicos y chicas más inmaduros de lo que en realidad son, probablemente como consecuencia de la visión dramática, negativa y paternalista de la adolescencia que suele predominar en el mundo occidental (Oliva *et al.*, 2017). Una visión negativa que tiende a considerarlos como inmaduros, irresponsables y problemáticos, y que puede servir para limitar su acceso a algunos derechos por considerar que su capacidad para la toma de decisiones dista aún mucho de ser similar a la de las personas adultas.

Afortunadamente, los estudios realizados en las últimas décadas han permitido disponer de una importante evidencia empírica que pone en cuestión esa imagen negativa y que indican que la capacidad para tomar decisiones experimenta un significativo desarrollo durante los años de la adolescencia. Este importante avance está relacionado con el desarrollo de ciertas capacidades cognitivas relacionadas con la toma de decisiones y con la maduración de determinadas áreas cerebrales que tiene lugar durante la segunda década de la vida.

Sin embargo, por tratarse de una competencia que se desarrolla gradualmente durante la adolescencia, no existe un claro consenso sobre la edad a la que la mayoría de los chicos y chicas estarían plenamente capacitados para tomar decisiones de forma autónoma. Se trata de un asunto importante, ya que la regulación legal de la adolescencia que establece la edad de acceso a ciertos derechos se debe sustentar en lo que los estudios científicos indican sobre cómo se desarrolla dicha competencia en la mayoría de sujetos. En el siguiente apartado se describe la evidencia empírica existente sobre el desarrollo de la capacidad para la toma de decisiones durante la adolescencia.

2.3. EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES

2.3.1. *Conocimiento y experiencia*

Chicos y chicas ganan en conocimiento y experiencia a lo largo de la adolescencia, de forma que, por lo general, al término de la misma, el conocimiento acumulado les permitiría descubrir el mejor camino para alcanzar un objetivo deseable y, por lo tanto, una toma de decisiones más fundamentada. Si los sujetos con más conocimiento y experiencia suelen conocer la mejor forma de proceder, el conocimiento debería ser un factor potencial para diferenciar entre tomadores de decisiones competentes e incompetentes (Byrnes, 2002). Sin embargo, aunque las personas adultas dispongan por lo general de más conocimientos y experiencia que los adolescentes, sería prematuro sacar conclusiones al respecto, ya que esta ventaja no siempre se traduce en diferencias de edad en la toma de mejores decisiones. Por ejemplo, hay mucha evidencia que indica que en muchos casos el conocimiento no se relaciona con la tendencia a implicarse en conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad o el consumo de sustancias. Así, aunque durante la adolescencia suelen aumentar los conocimientos acerca de la gravedad de las consecuencias que pueden derivarse de la implicación en diferentes conductas de riesgo, ese conocimiento no conlleva una disminución en la implicación en estas conductas (Steinberg, 2008). Por ello, la mayoría de

intentos de reducir las conductas de riesgo de los adolescentes mediante la información suelen tener resultados decepcionantes. Y es que las iniciativas consistentes en proporcionar información acerca de los riesgos del consumo de sustancias o de las conductas sexuales sin protección suelen modificar el conocimiento de chicos y chicas sobre estos temas pero raramente llevan aparejado un cambio de comportamiento. Los adolescentes que han sido instruidos acerca de los riesgos de algunas conductas, o que ya los conocían, no suelen mostrar una menor implicación en ellas que quienes no han sido instruidos o no disponen de dichos conocimientos (Steinberg, 2004). Por otra parte, más allá de la escasa relación que parece existir entre los conocimientos y la toma de decisiones, tampoco conviene dar por el hecho el mayor conocimiento global de las personas adultas, ya que sobre determinados temas los adolescentes pueden tener más información y conocimientos.

Por lo tanto, aunque el conocimiento acerca de algún tema pueda ser un criterio a exigir para una toma de decisión madura sobre asuntos relacionados con dicho tema, resulta a todas luces un criterio o requisito insuficiente y que no garantiza una buena toma de decisión. Como tendremos ocasión de exponer más adelante, la influencia de factores cognitivos y socio-emocionales justificarían esta insuficiencia.

Resulta complicado establecer una edad que marque el límite a partir del cual chicos y chicas pueden disponer del conocimiento e información necesarios para tomar una decisión, ya que ese conocimiento puede referirse a temas muy diversos. En esos casos siempre cabe la alternativa de buscar consejo, información o ayuda de familiares, amigos, profesores o acudiendo a internet. Aunque no existe demasiada literatura sobre cómo evoluciona la búsqueda de ayuda o consejo en la infancia y adolescencia, sí hay suficiente evidencia que indica que la capacidad para buscar esa ayuda externa está presente desde la niñez tardía (Byrnes, 2002).

Quedaría la duda de si los adolescentes tienen la suficiente capacidad para asimilar la información necesaria para tomar una decisión, con independencia de que esa información sea proporcionada por un profesional, por un familiar o proceda de internet. Algunos autores estarían de acuerdo en considerar que a partir de los 12 años la mayoría de adolescentes serían capaces de asimilar la información necesaria, si dispusieran de ella. Ello supone que en ciertos ámbitos, como cuando se trata de otorgar consentimiento informado, o cuando se les informa acerca de las consecuencias que pueden derivarse de la implicación en conductas de riesgo, la mayor parte de adolescentes no tendrían ninguna dificultad para entender la información que se les proporcione siempre que ésta

estuviera adaptada a su nivel evolutivo (Grisso y Vierling, 1978). Sin embargo, algunos autores cuestionan la inexistencia de diferencias en la forma en que adolescentes y personas adultas procesan la información y la codifican para almacenarla en la memoria, considerando que el tipo de codificación que realizan los primeros es diferente y puede llevar a chicos y chicas a tomar decisiones arriesgadas.

Estos autores, que se encuadran en la Teoría de la Representación Borrosa (*Fuzzy Trace Theory*), proponen la existencia de dos formas cualitativamente diferentes de procesamiento y codificación de la información. En algunos casos la codificación de la información proporcionada tiene lugar en forma de representaciones literales pero carentes de significados (palabras o cifras exactas, como cuando se recuerda un poema, unas cantidades o un número de teléfono). En otras ocasiones se trata de representaciones de contenido basados en un procesamiento semántico y profundo de la información que extrae su significado esencial, aunque carece de la precisión y el detalle de las representaciones literales. Mientras que las representaciones literales pueden basarse en cantidades o porcentajes objetivos y exactos, las esenciales se basan en la interpretación o valoración que hace el sujeto de una determinada situación en función tanto del contexto como de sus objetivos personales y de su sistema de valores. Ello quiere decir que la valoración basada en el procesamiento de lo esencial incorpora aspectos emocionales en la valencia afectiva de las diferentes alternativas entre las que se ha de decidir (Rivers, Reyna y Mills, 2008). Estos dos tipos de representaciones no son categorías discretas, sino los polos de un continuo que iría desde las diferencias cuantitativas (por ejemplo, "20% de probabilidades de efectos secundarios"), pasando por diferencias ordinales ("más riesgo *versus* menos riesgo"), hasta las diferencias nominales o categóricas ("riesgo *versus* no riesgo").

Como han señalado Wilhems y Reyna (2013), la toma de decisiones se verá más beneficiada por un razonamiento que tenga en cuenta lo fundamental de la información disponible, atendiendo a los aspectos esenciales más que a los detalles, algo que no está exento de dificultad y que requiere de cierta madurez cognitiva.

Como han encontrado algunos estudios, es posible que un sujeto entienda cada palabra leída sin que sea capaz de comprender y retener la esencia de la situación, por lo que su competencia para tomar una decisión a partir de la información de que dispone puede estar limitada. Un sujeto puede leer y firmar el documento que le informa de dos alternativas diferentes sin haber comprendido por completo las implicaciones reales de su decisión.

Que la representación memorizada en la que se basa la decisión tenga un carácter más semántico o más literal dependerá de factores relativos a la tarea, pero también de la edad o del nivel de desarrollo cognitivo del sujeto. Así, la preferencia por procesamientos borrosos basados en la esencia o semántica de la información aumenta con la edad y la experiencia (Rivers, Reyna y Mills, 2008). De hecho, el razonamiento avanzado de los expertos en una determinada área se basa más en el procesamiento borroso del contenido o esencia de una situación o tarea que en el razonamiento analítico o literal. Este razonamiento experto es más rápido e intuitivo, y aunque podría considerarse menos evolucionado o avanzado que el analítico, la evidencia parece demostrar lo contrario.

Los adolescentes se encontrarían en pleno proceso de desarrollo pero carecerían aún de la madurez necesaria para comprender la esencia de algunas decisiones ya que, de acuerdo con la Teoría de la Representación Borrosa, el sistema de procesamiento que permite captar esa esencia no maduraría por completo hasta la adultez, como resultado de la experiencia y el conocimiento adquiridos (Wilhems y Reyna, 2013). Antes de adquirir esa madurez, chicos y chicas adolescentes afrontan la toma de decisiones de riesgo como si se tratase de resolver un problema matemático, prestando una excesiva atención a los detalles y obviando lo esencial de la situación.

Para los teóricos de la Teoría de la Representación Borrosa estos cambios evolutivos en la toma de decisiones estarían en consonancia con el desarrollo cerebral que tiene lugar durante la adolescencia. Así, la mayor conectividad entre distintas zonas cerebrales permitiría un trabajo conjunto de esas áreas que facilitarían un procesamiento más rápido y eficiente, y que integraría componentes emocionales (Galvan *et al.*, 2006). Es decir, el pensamiento más elaborado y analítico propio de la adolescencia se vería sustituido por otro más intuitivo caracterizado por la mayor capacidad para integrar diferentes informaciones y tener en cuenta los aspectos esenciales de la situación, dejando a un lado los irrelevantes.

Como conclusión, se puede decir que la Teoría de la Representación Borrosa defiende que chicos y chicas adolescentes todavía presentan diferencias con las personas adultas en el procesamiento cognitivo de la información. Los adolescentes no habrían desarrollado aún la capacidad para el procesamiento esencial, lo que podría tener claras implicaciones para la comprensión de distintas alternativas de elección, tales como entender el riesgo derivado de la comisión de un delito o de su implicación en comportamientos de riesgo. Y es que, enredados en los detalles, pueden ignorar que lo esencial podría ser evitar un accidente o un proceso judicial. A pesar de ser capaces de comprender las

probabilidades matemáticas de riesgos y recompensas, aún carecen de la madurez necesaria para apreciar el significado de estos riesgos y su implicación para sus vidas futuras (Reyna *et al.*, 2012).

No obstante, las situaciones en las que adolescentes y adultos presentan diferencias más significativas en la toma de decisiones serían aquellas en las que las recompensas derivadas de una decisión arriesgada son elevadas. En la mayoría de situaciones o escenarios en los que el riesgo es bajo, tales como cuando se trata de votar por una determinada opción política, los adolescentes muestran un razonamiento similar al de las personas adultas. Así, serían pocas las situaciones en las que habría dudas sobre la capacidad de adolescentes de 16 años o más para tomar una decisión. En esas ocasiones excepcionales, esa menor competencia se podría compensar proporcionándoles información que ponga un especial énfasis en los riesgos probables y en el significado que esos riesgos pueden tener para su calidad de vida.

2.3.2. Competencia cognitiva para tomar decisiones racionales

El desarrollo intelectual durante la adolescencia

Si en el apartado anterior nos hemos referido a cómo el conocimiento disponible puede ser un criterio insuficiente para una madura toma de decisiones, en éste describiremos los procesos cognitivos cuya participación resulta necesaria. También aludiremos al desarrollo evolutivo de estos procesos durante la adolescencia, ya que en esos años se producen importantes avances cognitivos.

La Psicología ha considerado conveniente conceptualizar un amplio rango de habilidades cognitivas implicadas en el proceso de toma de decisiones. Entre ellas se pueden mencionar la capacidad para mantener la atención en una tarea, para considerar varias alternativas sopesando las consecuencias de cada una de ellas, para hipotetizar posibles riesgos, para pensar de forma diferenciada y reflexiva o para emplear formas de razonamiento inductivo o deductivo. Esas son algunas de las competencias cognitivas que se requieren para tomar buenas decisiones y que experimentan un importante desarrollo durante la segunda década de la vida.

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la etapa adulta en la que ocurren un buen número de cambios a nivel físico y psicológico, pero probablemente sea en la esfera cognitiva donde tienen lugar los cambios que tienen un mayor impacto en la vida de chicos y chicas, y que harán que la toma de decisiones se asemeje cada vez más a la de las personas adultas.

Durante la adolescencia ocurren importantes cambios en la velocidad con que chicos y chicas procesan la información, en la capacidad de atención y de memoria, y en la calidad del razonamiento. Los estudios indican que la atención mejora a lo largo de la niñez y de la adolescencia, tanto en lo referido a centrar el esfuerzo mental en alguna tarea mientras que se ignoran estímulos irrelevantes y distractores, como en la capacidad para cambiar el foco de atención de un estímulo o tarea a otra. En términos generales la evidencia empírica indica que los chicos y chicas de 12 años obtienen mejores resultados que los de 10 años y peores que los de 16 ó 20 (Wetzel *et al.*, 2006), debido a los avances en control ejecutivo como consecuencia de la maduración del lóbulo prefrontal. Probablemente esa maduración cerebral también sea la responsable de las mejoras en la memoria a corto plazo como en la memoria de trabajo (Darki y Klinberg, 2015), que es ese almacén temporal que permite almacenar una información limitada durante algunos segundos para manipularla y organizarla para recordarla mejor o para resolver algún problema o tarea. Por ejemplo, cuando se trata de comprender varias opciones o alternativas en función de los riesgos y beneficios asociados a cada una de ellas es importante poder mantener todas las opciones en la memoria para contrastarlas y así elegir la mejor alternativa.

Si los avances en las habilidades mencionadas conllevan una mejora en la capacidad de resolución de problemas a lo largo de la adolescencia, también la toma de decisiones se verá afectada por esa mejoría. La toma de decisiones es un proceso cognitivo de cierta complejidad que implica comprender que se debe tomar una decisión, la búsqueda y el procesamiento de información para comprender cuáles son las opciones disponibles, así como los riesgos y beneficios asociados a cada una de ellas, la evaluación de la probabilidad de cada consecuencia posible y la deseabilidad de ellas, y la integración de toda esa información de cara a identificar la opción con mayor utilidad subjetiva (Halpern-Felsher y Cauffman, 2001).

Los estudios llevados a cabo a mediados del siglo pasado por Jean Piaget y Babel Inhelder fueron los primeros en demostrar los importantes avances que se producían durante la adolescencia, tanto en la consideración de distintas alternativas a una situación como en la evaluación de dichas alternativas, ambas competencias muy necesarias para una buena toma de decisiones (Inhelder y Piaget, 1958). Aunque antes de la adolescencia niños y niñas son capaces de realizar tareas mentales de cierta complejidad, no será hasta los 12-13 años, y con la aparición del pensamiento formal, cuando serán capaces de distanciarse de la realidad para pensar en alternativas hipotéticas o posibles. Así, el adolescente con razonamiento formal será capaz de visualizar alternativas hipotéticas

dejando de estar atado al aquí y ahora, por lo que podrá considerar distintas soluciones alternativas a una determinada situación, algo que resulta esencial cuando hay que tomar decisiones. Igualmente, el pensamiento formal permitirá al adolescente la suficiente flexibilidad de pensamiento para tener en cuenta de forma simultánea diversos aspectos de un problema o decisión, tales como los riesgos o beneficios derivados (Grisso y Vierling, 1978).

El pensamiento formal no sólo permitirá al adolescente contemplar diferentes alternativas a una situación, además le posibilita la comparación entre ellas. La valoración de las alternativas requiere el uso de una lógica proposicional, es decir, la habilidad para manejar hipótesis del tipo " si – entonces". Ello quiere decir que ante cada situación el chico o la chica adolescente será capaz no sólo de generar distintas alternativas hipotéticas, sino que también podrá anticipar sus consecuencias más probables. Eso supondrá que tendrá en sus manos la posibilidad de optar por la alternativa que conlleve unos resultados más favorables a sus intereses. La consecuencia de ello es el avance sustancial en la capacidad de planificación, que va a permitir al adolescente comparar y contrastar alternativas dispares.

Otra competencia relacionada con la toma de decisiones es la capacidad para adoptar la perspectiva de otras personas, que durante la primera década de vida se ve muy limitada por el egocentrismo característico de la infancia. El dominio de esta competencia supone que ante cualquier alternativa presentada por otra persona, el adolescente tendrá la capacidad para tener en cuenta como alternativas posibles tanto el punto de vista propio como el del otro. Esta competencia está muy relacionada con la teoría de la mente que implica la comprensión de lo que otra persona puede estar sintiendo o pensando (Harris, 1989). Ello permitirá al adolescente comprender y considerar las intenciones, opiniones, creencias o emociones de otras personas que pudieran verse afectadas por su decisión. La revisión de Flavell (1992) concluyó que esta competencia está plenamente desarrollada al inicio de la adolescencia, por lo que la mayoría de adolescentes pueden adoptar otras perspectivas en un amplio rango de tareas y problemas.

Otra competencia que suele venir asociada al surgimiento del pensamiento formal es el dominio del esquema mental de probabilidad, que implica que teniendo a su mano toda la información necesaria, el adolescente que razona formalmente será capaz de estimar la probabilidad de ocurrencia de un determinado suceso. Se trata sin duda de un esquema formal que chicos y chicas emplean en muchas situaciones en las que han de elegir entre varias alternativas, y que está claramente relacionado con las conductas de adopción de riesgo. Es evidente que muchas de las decisiones que chicos y chicas han de tomar en el

ámbito de la salud se ven facilitadas cuando existe una buena comprensión del concepto de probabilidad, algo que suele ocurrir en torno a los 14-15 años (Keating, 2004). Sin embargo, y como han puesto de manifiesto algunos estudios sobre sesgos cognitivos (Kahneman, 2011), en muchas ocasiones incluso personas adultas con un buen dominio del pensamiento formal fracasan a la hora de aplicar el esquema de probabilidad a problemas cotidianos que lo requieren. Tendremos ocasión de volver sobre estos sesgos más adelante. No obstante, durante la adolescencia se produce un claro avance en esta competencia.

En relación con ese aspecto, merece la pena mencionar los estudios que han usado el *Iowa Gambling Task* (Crone y Van der Molen, 2004). Los sujetos participantes en esta tarea deben elegir de forma repetida cartas de cuatro montones diferentes. Dos de estos montones provocan altas ganancias pero también pérdidas altas e imprevisibles, mientras que los otros dos generan pequeñas constantes ganancias y pequeñas e imprevisibles pérdidas. Los resultados de estos estudios indican mejoras en la toma de decisiones entre los 10-12 años y los 13-15, y entre los 13-15 y los 18-20 años, de forma que según avanza la adolescencia los sujetos suelen tomar menos decisiones arriesgadas y que no provocan pérdidas. Estos avances se atribuyen a un cambio evolutivo en la conducta de elección que pasa de centrarse sólo en la frecuencia de la ganancia o pérdida a tener en cuenta tanto la frecuencia como la cantidad.

De todo lo expuesto hasta aquí se puede concluir que el desarrollo cognitivo durante la adolescencia con las consiguientes mejoras en el procesamiento de la información y con la aparición del pensamiento formal, que según Piaget e Inhelder tenía lugar entre los 11-12 años y se consolidaba a los 14-15, va a situar a chicos y chicas a partir de esa edad en una posición inmejorable para tomar decisiones de forma similar a como lo harían las personas adultas. No obstante, hay que resaltar que algunos estudios posteriores han encontrado que las previsiones de Piaget eran algo optimistas, y que en algunos casos, no sólo se retrasa la edad de adquisición hasta los 15-20 años, sino que incluso nunca se llega a alcanzar el dominio de pensamiento formal, ni siquiera en la adultez. No obstante, lo que sí parece claro es que difícilmente encontraremos niños o niñas que hayan adquirido el pensamiento formal por debajo de los 11-13 años (Carretero y León, 2002), y que entre los 12 y los 18 años se produce un claro avance cognitivo con incidencia en la capacidad para la toma de decisiones. Así, los adolescentes mayores son capaces de formular más opciones, prestar más atención a los resultados futuros posibles y a su probabilidad de ocurrencia y reflexionar detenidamente sobre ellos.

Ello no garantiza que apliquen sistemáticamente estas nuevas competencias cognitivas en su vida cotidiana, donde la experiencia juega un importante papel.

Como han señalado algunos autores (Jones, Rasmussen y Moffit, 1997), los adolescentes necesitan oportunidades para practicar la toma de decisiones en situaciones reales, en las que algunos factores como el estrés, la escasez de tiempo o la implicación emocional pueden ser una dificultad añadida. Como tendremos ocasión de exponer en otros apartados, esos factores de carácter socio-emocional han de ser tenidos en cuenta cuando se trata de analizar el desarrollo de la capacidad para tomar decisiones durante la adolescencia. Algunos de estos factores pueden explicar que, a pesar de su competencia cognitiva, chicos y chicas puedan tomar decisiones poco racionales que les lleven a implicarse en comportamientos con consecuencias negativas para su salud o su desarrollo personal (Reyna y Farley, 2006). Ello ha llevado a que algunos autores consideren relevante diferenciar entre inteligencia y racionalidad (Stanovich, West y Toplak, 2011). Así, mientras que la inteligencia hace referencia a aquellas competencias y habilidades usualmente evaluadas mediante los tests de inteligencia, la racionalidad tiene que ver con adoptar objetivos apropiados y emprender acciones de acuerdo con dichos objetivos y con las propias creencias. Serán muchas las ocasiones en las que inteligencia y racionalidad aparezcan disociadas, y en las que sujetos inteligentes tomen decisiones poco racionales.

Los sesgos cognitivos

Las discrepancias entre inteligencia y racionalidad se ponen de manifiesto en los sesgos cognitivos que cometemos cuando analizamos un problema o situación ante la que debemos dar una respuesta o tomar una decisión. Para los autores que plantean el modelo del procesamiento dual estos sesgos suelen estar causados por el desequilibrio entre dos sistemas diferentes de pensamiento (Klaczynski, 2001; Stanovich y West, 2000). El sistema 1 es experiencial e intuitivo, opera de manera rápida y con poco esfuerzo y sin sensación de control voluntario por parte del sujeto; también es inconsciente y automático. Este sistema intuitivo sería responsable de tareas como detectar la hostilidad de una voz, entender frases sencillas o conducir un coche por una carretera tranquila. En cambio, el sistema 2 es analítico, consciente y responsable de operaciones lógicas y cálculos complejos que requieren de mucha atención y esfuerzo mental, tales como comprobar la validez de un argumento lógico complejo o comparar las características de varios portátiles antes de tomar una decisión sobre cuál comprar (Kahneman, 2011). Es decir, las operaciones mentales que requieren esfuerzo hacen necesaria la intervención del sistema 2.

Los sistemas 1 y 2 se reparten el trabajo según las características de la tarea o problema a resolver, así cuando la tarea es sencilla el sistema 1 realiza

exclusivamente todo el trabajo, pero cuando surge alguna dificultad el sistema 2 asume el control de la tarea. Es decir, hay una eficiente división de funciones entre ambos sistemas que minimizan el esfuerzo y optimizan la ejecución (Kahneman, 2011). No obstante, el sistema 2 requiere mucha atención y energía, por lo que suele mostrarse perezoso, dejando que el sistema 1 intente resolver tareas que desbordan sus competencias, y dando como resultado sesgos cognitivos que llevan a decisiones incorrectas o arriesgadas. Desde este enfoque, muchas de las diferencias de edad que se observan en las decisiones y conductas de riesgo no podrían ser explicadas únicamente por el desarrollo de las competencias analíticas relacionadas con el sistema 2, sino por los cambios evolutivos que se producen en el equilibrio entre el sistema 1 y el sistema 2. Así, durante la adolescencia serían más frecuentes las situaciones en las que algunas tareas que deberían ser resueltas por el sistema 2 lo son por el sistema 1, con el consiguiente sesgo cognitivo que haría más probable una toma de decisión fallida.

La evolución de los sesgos cognitivos

Aunque el número de sesgos cognitivos sobre los que existe evidencia es numeroso, sólo sobre algunos de ellos existen datos que indiquen que son más frecuentes en la adolescencia que en la adultez. Uno de ellos es el conocido como "olvido del denominador". Se trata de un sesgo relacionado con el manejo de las probabilidades que se presenta cuando hay que elegir entre dos alternativas con distinta probabilidad de éxito. Como expone Kahneman (2011), si en la urna A hay 10 bolas, de las cuales una es roja y tiene premio, y en la urna B hay 100 bolas y 8 de ellas son rojas y premiadas, el error frecuentemente cometido es el de elegir la urna B, porque contiene un mayor número de bolas premiadas aunque la probabilidad de obtener premio sea menor ($8/100$ en la urna B frente a $1/10$ en la urna A). Aunque Amsel *et al.* (2008) no hallaron cambios entre los 13 y los 23 años, Kokis *et al.* (2002) encontraron un ligero descenso en la comisión de errores de este tipo a lo largo de la adolescencia. Este sesgo pone en entredicho el dominio por parte de adolescentes del esquema formal de probabilidad, tal como propusieron Inhelder y Piaget (1958).

Muy relacionado con el sesgo anterior está el heurístico de la falacia de conjunción, que supone un mal razonamiento probabilístico. Tversky y Kahneman (1983) idearon un problema que puso de manifiesto la existencia de este error probabilístico. A los sujetos se les presenta la siguiente definición: "Linda tiene 31 años de edad, soltera, inteligente y muy brillante. Se especializó en filosofía. Como estudiante, estaba profundamente preocupada por los problemas de discriminación y justicia social, participando también en manifestaciones anti-

nucleares". Después de la presentación se les pide que elijan la opción más probable entre las siguientes alternativas:

- Linda es una cajera.
- Linda es una cajera de banco y es activista de movimientos feministas.

La mayor parte de los encuestados eligió la segunda opción. Sin embargo, la opción de que Linda sea cajera tiene una mayor probabilidad que la de que sea cajera y activista, ya que la primera opción incluye a la segunda. La preferencia por la opción errónea está en que los sujetos se dejan guiar por el sistema 1 que tiende a dar una respuesta rápida e intuitiva a partir del hecho de que Linda encaja bien con el estereotipo de activista feminista dejando a un lado el hecho de la segunda opción es más restrictiva y está incluida en la primera. Esa representatividad oscurece cualquier razonamiento probabilístico por parte del sistema 2.

Algunos estudios que han aplicado el problema de Linda a muestras de distintas edades han hallado una disminución de los errores entre la infancia tardía y la adultez temprana (Fisk, Bury y Holden, 2006). También hay evidencias sobre un mejor desempeño en la adolescencia tardía que en la adolescencia temprana ante otros dilemas similares que exigen de razonamiento probabilístico (Klaczynski, 2001; Klaczynski y Narasimham, 1998).

Otro sesgo cognitivo que parece disminuir entre la adolescencia y la adultez es el sesgo de creencia, que es la tendencia a juzgar la validez de un razonamiento a partir de la credibilidad o plausibilidad de la conclusión, aunque el razonamiento haya sido incorrecto. Por ejemplo, si ante las premisas "todos los seres vivos necesitan agua" y "las flores necesitan agua", juzgamos como válida la conclusión "las flores son seres vivos", estaremos cometiendo el sesgo de la creencia. Y es que el hecho de que todos los seres vivos necesiten agua no excluye que haya otras cosas que necesiten agua sin ser seres vivos, por lo que la premisa de que las flores necesiten agua no es suficiente para considerar que son seres vivos. Los estudios llevados a cabo usando silogismos parecidos han hallado ligeros decrementos en este sesgo cognitivo entre los 10 y los 14 años (Kokis *et al.*, 2002) y entre los 12 y los 20 años. También hallaron relación inversa entre el nivel intelectual y la tendencia a cometer este tipo de sesgos.

A modo de resumen, se podría decir que a pesar del indudable interés que tiene la diferenciación entre inteligencia y racionalidad cuando se trata de la toma de decisiones, los datos disponibles hasta el momento distan mucho de ofrecer un panorama claro en relación con la tendencia evolutiva de los sesgos cognitivos. Aunque existe una abundante literatura empírica sobre el estudio de la racionalidad en la adultez, no se podría decir lo mismo con respecto a la infancia

y la adolescencia. Lo poco que podemos afirmar es que aunque la incidencia de los fallos y sesgos cognitivos es muy generalizada en la infancia y en la adolescencia temprana, las cosas están menos claras a partir de los 15-16 años. En algunos de estos sesgos no aparecen diferencias entre adolescentes de esas edades y personas adultas, y en otros las diferencias son escasas y poco concluyentes o existen resultados contradictorios (Stanovich *et al.*, 2011).

2.3.3. *Los factores socioemocionales*

La regulación emocional en la toma de decisiones

Lo expuesto en los apartados anteriores arroja algunas dudas acerca de la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones racionales. Así, junto a estudios que concluyen que a partir de la adolescencia media chicos y chicas muestran herramientas cognitivas similares a las de los adultos, encontramos algunos datos que apuntan ciertas limitaciones que pudieran mermar la capacidad del adolescente para la toma de decisiones, y que podrían explicar su implicación en conductas de riesgo que no sólo no disminuyen sino que aumentan de forma significativa hasta el final de la adolescencia (Steinberg, 2008). Esta aparente paradoja empezó a aclararse a comienzos de este siglo por un cambio significativo que tuvo lugar en la investigación sobre la madurez adolescente.

Como ha señalado Steinberg (2013), dos fueron los factores que propiciaron este cambio. Por una parte, algunos investigadores comenzaron a cuestionar que la toma de decisiones fuese una competencia que dependiera exclusivamente de factores cognitivos, ya que factores emocionales y sociales tendrían también un papel importante. Así, algunas capacidades socioemocionales como el control de impulsos, la susceptibilidad a la influencia social o la evaluación del riesgo y la recompensa interactuarían con las habilidades de razonamiento en la toma de decisiones, lo que podría llevar a chicos y chicas adolescentes a tomar decisiones más inmaduras de lo que cabría esperar de acuerdo a su nivel de desarrollo intelectual (Blakemore, 2008; Steinberg y Cauffman, 1996).

Por otra parte, se produjo un avance espectacular en la investigación sobre el desarrollo cerebral que se vio favorecida por la disponibilidad de nuevas técnicas de neuroimagen. Estos estudios han permitido tener una visión más exacta sobre el desarrollo de distintas zonas cerebrales durante la adolescencia que indican cambios cerebrales importantes, tanto anatómicos como funcionales, que pueden justificar algunos de los comportamientos propios de la adolescencia (Giedd, 2008; Oliva, 2007).

A nivel anatómico o estructural afectan tanto a la maduración de la corteza prefrontal como a la interconectividad entre distintas áreas cerebrales y a la actividad dopaminérgica en el sistema límbico. Esos cambios anatómicos tienen su correlato a nivel funcional, algo que los estudios con resonancias magnéticas funcionales han puesto de manifiesto. Así, hay cambios en la respuesta cerebral a las recompensas, ya que en los primeros años de la adolescencia se produce una mayor activación de los centros de recompensa ante situaciones placenteras debido a liberación de dopamina (Galvan *et al.*, 2006). También aumenta la capacidad de autorregulación conductual y emocional como consecuencia de la maduración de la corteza prefrontal y del trabajo conjunto y coordinado de múltiples áreas cerebrales, aunque esta maduración es lenta y ocurre progresivamente a lo largo de la adolescencia, e incluso en la adultez temprana (Oliva, 2007).

Steinberg (2010) resume todos esos cambios aludiendo al equilibrio entre dos sistemas cerebrales que maduran con ritmos diferentes en el transcurso de la adolescencia: el sistema socioemocional y el sistema cognitivo. El sistema socioemocional tiene su sustrato cerebral en las zonas límbicas y mesolímbicas, mientras que el cognitivo está localizado en las zonas prefrontales. El sistema socioemocional vinculado con la recompensa, el placer y la búsqueda de sensaciones experimenta una sobreactivación en el periodo que sigue a la pubertad, en gran parte debido a la influencia de las hormonas puberales. Esta sobreexcitación supone que cuando el chico o chica se implica en actividades placenteras se produce una notable liberación de dopamina que genera una intensa sensación de satisfacción y que lleva a buscar su repetición (Oliva y Antolín-Suárez, 2010). Por lo tanto, no es de extrañar que chicos y chicas adolescentes vivan con más intensidad que las personas adultas las sensaciones asociadas a las recompensas inmediatas, que tendrán más peso en sus decisiones que las consecuencias a largo plazo. Esta mayor sensibilidad a las recompensas, justifica que, en comparación con los adultos, chicos y chicas adolescentes tiendan a centrarse más en los resultados positivos posibles de una decisión, que en las consecuencias negativas que se puedan derivar de la misma (Galván, 2010).

En cuanto al sistema cognitivo, tiene su sede en las zonas prefrontal lateral y parietal del cerebro, áreas que son filogenéticamente más recientes que las que controlan el sistema socioemocional. Sobre este sistema cognitivo recae la responsabilidad de sustentar funciones tan importantes como la capacidad para controlar los impulsos y emociones, la toma de decisiones, la planificación del futuro o la previsión de las consecuencias del comportamiento (Steinberg, 2010). La evidencia disponible indica que el desarrollo de las zonas cerebrales relacionadas con este sistema de control cognitivo se produce de forma

gradual durante la adolescencia y los primeros años de la adultez, lo que supone una clara mejoría de la función ejecutiva. Ello justifica que tengan lugar avances significativos en funciones tan importantes como el control de respuestas no deseadas, la toma en consideración de los riesgos y beneficios derivados de una acción, o la utilización de distintas fuentes de información antes de tomar una decisión, por lo que las respuestas del joven irán ganando progresivamente en reflexividad.

Aunque ambos sistemas experimentan importantes cambios durante la adolescencia, se va a producir una asincronía entre sus ritmos de maduración, que siguen una lógica diferente. Así, el sistema socioemocional es más precoz, puesto que se muestra muy sensible a la influencia de las hormonas puberales, por lo que aumenta su excitabilidad y capacidad de respuesta en los años inmediatamente posteriores a la pubertad (Romeo, Richardson y Sisk, 2002). En cambio, la maduración del sistema cognitivo prefrontal es más lenta, no se ve acelerada por los cambios puberales y depende de la edad y de la estimulación cognitiva, no alcanzando su madurez hasta la tercera década de la vida. Ello supone que la adolescencia temprana es el momento en el que el desequilibrio es mayor, con un circuito motivacional muy propenso a actuar en situaciones que puedan deparar una recompensa inmediata y un circuito autorregulatorio que aún no ha alcanzado todo su potencial y, por ello, va a tener muchas dificultades para imponer su control inhibitorio sobre la conducta impulsiva (Oliva, 2007). Podría decirse que los adolescentes maduran antes a nivel cognitivo que a nivel socioemocional, y que el mecanismo que pone en marcha los impulsos madura antes que el encargado de controlarlos. De alguna manera, el adolescente se asemeja a una motocicleta que goza de un motor con mucha potencia pero que carece de la dirección y los frenos adaptados a dicha potencia.

Estos datos indican que la madurez cognitiva de chicos y chicas antecede a la madurez socioemocional, que es más tardía. Como puso de manifiesto el estudio llevado a cabo por Steinberg y colegas para la Fundación MacArthur (Steinberg, Cauffman, Woolard, Graham y Banich, 2009; Steinberg, 2013), a partir de los 16 años la capacidad cognitiva de los adolescentes es similar a la de las personas adultas. En cambio, no ocurre lo mismo a nivel socioemocional, ya que habría que esperar a la adultez temprana para que chicos y chicas alcancen niveles adultos en aspectos tales como la búsqueda de sensaciones, la resistencia a la influencia del grupo, la reducción de la impulsividad o la orientación hacia el futuro.

A partir de todo lo anterior se podría concluir que habrá que esperar hasta el final de la adolescencia para que chicos y chicas tengan la madurez suficiente para llevar a cabo tomas de decisiones similares a las de las personas adultas. Sin

embargo, la mayor o menor presencia de factores socioemocionales vinculados al contexto de decisión será una variable muy determinante que influirá de forma decisiva en la madurez mostrada por chicos y chicas adolescentes (Steinberg, 2013). A trazos gruesos podrían diferenciarse dos tipos de contextos distintos para la toma de decisiones, aquéllos que permiten una reflexión tranquila, lógica y relativamente ausente de influencias emocionales, y aquéllos que no la permiten (Steinberg *et al.*, 2009).

En el primer caso, la ausencia de interferencia de factores socioemocionales facilitaría un desempeño en la toma de decisiones similar al de una persona adulta a partir de los 16 años, ya que las habilidades cognitivas habrían alcanzado a esa edad la madurez suficiente. Estas tareas de toma de decisiones, que podrían denominarse de "*cold cognition*", suelen darse en ámbitos diferentes. Por ejemplo, cuando se trata de la toma de decisiones sobre asuntos sanitarios, socio-políticos o académicos, tales como la elección entre distintos tipos de alternativas médicas, o entre opciones políticas o académico-vocacionales. También entrarían dentro de este bloque la toma de decisiones sobre asuntos legales o sobre la participación en estudios e investigaciones, ya que en todos esos casos personas adultas o profesionales pueden facilitar la orientación o el asesoramiento que facilite la decisión reflexionada (Steinberg, 2013).

Por el contrario, otras situaciones provocan el comportamiento impulsivo e irreflexivo, tienen una fuerte carga emocional y no permiten la consulta o el asesoramiento por parte de personas expertas o más experimentadas que el chico o chica adolescente. En estas situaciones de cognición caliente (*hot cognition*) las probables consecuencias negativas a largo plazo palidecen ante la recompensa inmediata, y el adolescente actúa de forma impulsiva y poco racional. A diferencia de lo que ocurría con las situaciones de cognición fría (*cold cognition*), en estos casos los chicos y chicas de 16 años aún no gozarían de la madurez psicosocial suficiente para tomar decisiones razonadas, lo que explicaría que muchas conductas de riesgo se mantengan hasta la adolescencia tardía (Dahl, 2004). Se trata de comportamientos en los que hay tanto una búsqueda de sensaciones, acrecentada por la hipersensibilidad del sistema mesolímbico de recompensa, como una alta impulsividad debido a la inmadurez del sistema de control cortical.

La influencia de los iguales

Además de la mayor sensibilidad a las recompensas y de la mayor tendencia a la búsqueda de sensaciones, otro factor socioemocional que puede justificar las tomas de decisiones de mayor riesgo por parte de chicos y chicas adolescentes

es la mayor susceptibilidad a la influencia de los iguales. ¿Qué puede resultar más divertido y recompensante para un adolescente que implicarse en conductas arriesgadas y de búsqueda de sensaciones en compañía de sus amistades?

Un importante número de estudios llevados a cabo en el siglo pasado pusieron de manifiesto una clara relación entre la edad y la conformidad a la presión del grupo (Costanzo y Shaw, 1966). Así, los niños que tenían entre 11 y 13 años se mostraron más conformistas que quienes tenían entre 7 y 9 años, pero menos que quienes tenían 15-17. Los resultados de estos estudios y de otros posteriores indicaron que el conformismo o susceptibilidad a la influencia de los iguales era mayor en la adolescencia temprana y que, a partir de ese momento, iba descendiendo progresivamente hasta alcanzar al final de la adolescencia niveles equivalentes a los de las personas adultas (Berndt, 1996).

La evidencia más clara respecto a la mayor asunción de riesgos cuando los adolescentes están acompañados de iguales proviene del estudio llevado a cabo por Gardner y Steinberg (2005). En este estudio experimental, tres grupos de sujetos de distinta edad (adolescentes de 13-16 años; jóvenes de 18-22 años; adultos mayores de 24 años) tuvieron que participar en un juego de videoconsola de conducción, en dos situaciones experimentales diferentes, solos o acompañados. Los resultados indicaron que cuando los sujetos jugaban solos no se apreciaron diferencias significativas en el nivel de riesgo asumido y en los fallos cometidos entre los tres grupos de edad. Sin embargo, cuando actuaron acompañados las conductas de riesgos aumentaron en un 100% en el grupo de adolescentes, y en un 50% en el de jóvenes. En las personas adultas no se produjeron aumentos significativos. Estos datos pueden ser interpretados en el sentido de que los adolescentes no sólo muestran una mayor sensibilidad a las recompensas, sino que, además, ciertos tipos de recompensas como la aceptación social son especialmente importantes para ellos.

Aunque esta mayor influencia de los iguales podría interpretarse como una menor voluntariedad de chicos y chicas adolescentes en la toma de decisiones, es necesario realizar algunas puntualizaciones. La primera es que la mayoría de los estudios encuentran que la conformidad ante el grupo disminuye significativamente a partir de los 16 años, por lo que a partir de esa edad las diferencias entre adolescentes y personas adultas son escasas. Así, otro estudio llevado a cabo por Steinberg y Monahan (2007), usando una medida de autoinforme sobre la susceptibilidad a la influencia del grupo, encontró que la resistencia a esta influencia aumentaba linealmente entre los 14 y los 18 años. La segunda puntualización es que el experimento de Gardner y Steinberg plantea una situación con una marcada presencia de la euforia y en la que no hay adultos

presentes. Aunque esta situación puede ser parecida a muchas otras situaciones reales en las que chicos y chicas se implican en conductas antisociales o de asunción de riesgos, no pueden extraerse conclusiones generalizables a todos los contextos. Serán muchas las ocasiones en las que la toma de decisión tenga lugar en unas condiciones totalmente diferentes, de forma más reposada, con la presencia de adultos y con tiempo suficiente para la reflexión. Es decir, en unas condiciones de *cold cognition* que harán posible una decisión menos impulsiva y más racional.

Pero, tal como expusieron Grisso y Vierling (1978), el conformismo no se da sólo ante los iguales y las figuras revestidas de cierta autoridad, como profesores o personal sanitario, también pueden ejercer una influencia que menoscabe la voluntariedad de la decisión del adolescente. Este conformismo podría llevar a decisiones aquiescentes o involuntarias ajustadas a la opinión de las figuras de autoridad. No obstante, aunque existen diferencias individuales, este tipo de respuestas disminuyen de forma significativa entre los 14 y los 17 años. También las actitudes contrarias o de oposición a la autoridad podría llevar a decisiones disidentes fruto del inconformismo más que de una decisión racional y voluntaria. Pero, al igual que en el caso anterior, vamos a encontrar una disminución progresiva a lo largo de la adolescencia de este inconformismo hacia la autoridad representada por distintas figuras adultas (Langdon, 2007).

Desarrollo moral y toma de decisiones morales

Muchas de las decisiones que toman los adolescentes incluyen juicios, evaluaciones y elecciones de respuestas realizadas dentro del ámbito moral. Decisiones sobre cómo proceder en una situación real o ante un dilema hipotético, o sobre la valoración acerca de la mayor o menor aceptación de acciones cometidas por otras personas. Se trata de decisiones que, al igual que las que se toman en otros ámbitos no morales, revisten mucha complejidad, están sujetas a sesgos e influencias contextuales y requieren de un buen nivel de desarrollo psicológico.

Aunque las decisiones morales hacen referencia al comportamiento, la mayoría de aproximaciones a su estudio se han centrado más en el juicio o razonamiento moral que en la conducta, probablemente por la complejidad de las relaciones entre ambos aspectos del dominio moral. Las aportaciones más conocidas sobre el desarrollo del razonamiento moral son las de Piaget (1932) y Kohlberg (1976), realizadas a partir de las respuestas dadas por sujetos de distintas edades a una serie de dilemas morales. Piaget estableció una diferencia entre la moral heterónoma, basada en la obediencia ciega a una serie de normas sagradas e

inalterables y propia de niños y niñas, y la moral autónoma propia de los adolescentes, en la que se empiezan a considerar tanto la relatividad de las normas como la intencionalidad de los actos. Kohlberg fue más allá, al establecer una serie de etapas y niveles en el desarrollo moral de carácter universal y secuencia invariable. De acuerdo con este profesor de Psicología en la Universidad de Harvard, el razonamiento moral se desarrolla a través de tres niveles, el pre-conventional, propio de la primera década de la vida, el convencional, en el que se sitúan la mayoría de adolescentes y personas adultas, y el post-conventional, sólo alcanzado por una minoría de personas adultas. Un desarrollo moral que estaría muy influenciado por el desarrollo intelectual y con la capacidad para adoptar la perspectiva de otras personas y ponerse en su lugar. A pesar de que el planteamiento de Kohlberg es que el desarrollo moral procede de acuerdo con una secuencia invariable de etapas, no es muy estricto como para plantear edades concretas para el paso de una etapa o nivel al siguiente. No obstante, habría que esperar al menos hasta la adolescencia media para encontrar niveles de razonamiento moral similares a los de la mayoría de adultos.

Este modelo ha sido criticado por tener una perspectiva muy masculina (Gilligan, 1982) y por plantear una secuencia de etapas universales sin tener en cuenta la influencia de factores culturales (Snarey, 1985). Tampoco han faltado autores que han considerado que el enfoque de Piaget y Kohlberg tenía un sesgo cognitivo que ignoraba la influencia sobre las decisiones de carácter moral de factores emocionales, tales como la empatía (Hoffman, 2000). Desde el punto de vista más radical de la intuición social, las decisiones morales se basarían fundamentalmente en intuiciones emocionales, mientras que los procesos cognitivos se elaborarían después de la decisión a modo de explicación para justificar una decisión tomada de forma intuitiva (Haidt, 2001). Esta diferenciación entre intuición y cognición está relacionada con la dicotomía entre sistema 1 y sistema 2 propuesta por Kahneman (2011), y que tuvimos la ocasión de comentar en un apartado anterior. Otra limitación de los modelos cognitivos, a la que han aludido algunos autores, es que ignoran los factores contextuales que influyen en la decisión y que pueden ser los responsables de la baja correlación que se suele encontrar entre razonamiento y comportamiento. Una de las explicaciones más aceptadas sobre esa falta de relación fue la propuesta por Bandura (1999) de los mecanismos de desconexión moral, que son estrategias defensivas por las que intentamos legitimar nuestros actos cuando entran en contradicción con nuestro sistema de valores morales. Mecanismos tales como atribuir la responsabilidad de la decisión a otras personas o causas externas, difundir la responsabilidad por considerarla una decisión o conducta colectiva, culpar y deshumanizar a la víctima o minimizar las consecuencias de los actos.

Algunas propuestas más recientes, como el modelo del procesamiento de la información social en la toma de decisiones morales (Garrigan, Adlam y Langdon, 2018), tratan de ofrecer un acercamiento sistémico que integre todos los elementos que modelos previos han considerado relevantes, tanto aquéllos provenientes de la Psicología del Desarrollo como los derivados de los estudios en el campo de las Neurociencias. Entre estos elementos se encuentran la atención, la memoria de trabajo, el razonamiento abstracto, el desarrollo cerebral, los procesos emocionales, la empatía o la adopción de perspectivas.

Junto a esas competencias también serían necesarios una serie de conocimientos, esquemas y normas adquiridos y almacenados en la memoria (bases de datos), y sobre los que operan los procesos psicológicos necesarios para una toma de decisión moral. Sin olvidar las condiciones contextuales presentes. Por lo tanto, para que un adolescente pueda tomar una decisión madura ante un dilema moral, necesitaría haber acumulado una base de datos suficiente, así como tener un buen nivel de desarrollo de las competencias que le permitan un adecuado procesamiento de la información en una determinada situación contextual.

Teniendo en cuenta todos los elementos implicados, no resulta fácil establecer una edad o momento evolutivo a partir del cual la mayoría de chicos y chicas podrán tomar una decisión madura en el ámbito moral. Esta capacidad irá madurando gradualmente con la edad y la experiencia, de forma que a partir de la adolescencia media la mayoría de adolescentes dispondrán tanto de la base de conocimientos como de las competencias cognitivas y socioemocionales necesarias. Sin embargo, algunos factores contextuales, como la presencia de los iguales, podrán entorpecer la decisión.

2.4. LOS COMPONENTES DE LA CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES

La evidencia acerca del desarrollo de la capacidad para tomar decisiones y de las competencias que la sustentaban llevó a algunos autores a realizar algunas propuestas acerca de los componentes de dicha capacidad. Algunas de las propuestas realizadas por estos autores iban dirigidas a exponer los criterios que debían tenerse en cuenta para evaluar la capacidad de las personas para tomar decisiones en ámbitos como el judicial o el médico.

Una de las primeras propuestas fue la de Grisso y Vierling (1978), quienes expusieron los requisitos que los menores de edad debían satisfacer para que se

les considerase capaces para dar un consentimiento ante un tratamiento médico. Estos autores se refirieron a tres criterios:

- **Con conocimiento.** Lo que se puede interpretar como que el menor comprende la información proporcionada por los profesionales sanitarios sobre todos los aspectos relativos a un determinado tratamiento. Sería necesario el ajuste entre el significado de la información que se proporciona al sujeto y cómo éste la interpreta. Ello implicaría la comprensión de términos o conceptos éticos y legales que no pudieran estar al alcance de algunos menores.
- **Racionalmente.** Ello dependería en gran medida de las habilidades cognitivas necesarias para la asimilación que el sujeto debe manejar para llegar a tomar una decisión. Serían diversas las competencias cognitivas necesarias, tales como la capacidad para el pensamiento abstracto o el razonamiento lógico, que como hemos expuesto en el apartado anterior, no suelen adquirirse hasta la adolescencia media (Steinberg y Cauffman, 1996).
- **De forma voluntaria.** Ya que bien podría ocurrir que el sujeto tomase una decisión de forma poco autónoma y muy influido por los demás, especialmente por la opinión del personal sanitario. También los iguales pueden ejercer una influencia significativa sobre la decisión del menor, especialmente durante los primeros años de la adolescencia.

Otra serie de criterios a tener en cuenta en la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones son los incluidos en la propuesta de Roth, Meisel y Lidz (1977). Estos investigadores se refirieron a cinco criterios, que posteriormente fueron reducidos por Appelbaum (2007) a cuatro, organizados con un nivel de exigencia que aumentaba progresivamente del primero al cuarto. A continuación se detallan estos criterios:

1. El sujeto es capaz de expresar una elección. Este primer criterio es el más elemental y se refiere sólo a la capacidad para expresar cuál es la decisión tomada, con independencia de la calidad o racionalidad de la misma.
2. El sujeto comprende realmente los aspectos más relevantes sobre la decisión que debe tomar. Ello supone que tiene la capacidad cognitiva suficiente para conocer y comprender la naturaleza, los riesgos y los beneficios de la decisión, así como de las posibles alternativas, con sus ventajas e inconvenientes.
3. El sujeto maneja de forma adecuada y racional la información disponible. Este criterio se refiere al buen juicio o a la calidad del razonamiento del sujeto más que al resultado del mismo. Es importante la manera en la que el sujeto maneja la información asimilada de cara a la toma de decisión.

4. El sujeto aprecia correctamente la situación en la que se encuentra. Este criterio es el más estricto y requiere que una vez comprendida la situación y manejada racionalmente la información disponible considere su relevancia para su situación actual y para la decisión que ha de tomar. Conlleva una comprensión tanto cognitiva como emocional de la situación por decidir. Como tendremos ocasión de comentar más adelante, esta diferenciación resulta muy relevante cuando se analiza la capacidad de chicos y chicas adolescentes para la toma de decisiones, puesto que desarrollo cognitivo y desarrollo socioemocional siguen trayectorias evolutivas diferenciadas durante la adolescencia.

Si analizamos con detenimiento las dos propuestas anteriores, ambas coinciden en destacar la importancia de procesos de tres tipos que pueden estar presentes en la mayoría de situaciones en las que se ha de tomar una decisión, y no sólo en las relacionadas con el consentimiento médico. El primero es el referido a la importancia que tiene el conocimiento o la información de que dispone el sujeto antes de tomar una decisión. El segundo tiene que ver con la competencia cognitiva para manejar la información y actuar de forma racional e inteligente. Finalmente, hay que hacer referencia a los aspectos de carácter socioemocional, tales como la impulsividad o la mayor o menor resistencia a la influencia de iguales o adultos, que puede influir sobre la voluntariedad de la decisión. Todos estos aspectos experimentan un importante desarrollo a lo largo de la adolescencia, como hemos tenido ocasión de exponer en páginas anteriores.

2.5. CASOS PRÁCTICOS



Caso 1: Conducta de asunción de riesgos

Jorge es un chico de 16 años que una noche de sábado ha acudido con su motocicleta a una zona de movida y botellona donde se encuentra con sus amigos y amigas. Es un chico responsable y maduro para su edad que conoce perfectamente los riesgos que conlleva conducir tras haber consumido alcohol, por lo que piensa no beber esa noche ya que ha de regresar a casa en su moto. Sin embargo, con el paso del tiempo y con la influencia del contexto y la presión de sus amistades empieza a dar algunos tragos y poco a poco empieza a sentirse eufórico hasta alcanzar un estado de semi-embriaguez que le hace sentirse muy bien. Según avanza la noche y sus amigos comienzan a marcharse Jorge tiene que tomar la decisión sobre cómo volver a casa.

Por una parte, sabe que ha consumido bastante alcohol y que si vuelve conduciendo su vehículo se expone a una importante sanción de tráfico o, lo que es mucho peor, a un accidente vial, ya que conoce perfectamente los riesgos y las consecuencias de conducir bebido. La alternativa sería la de volver a casa en el autobús nocturno, lo que supondría llegar a su casa mucho más tarde y tener que regresar al día siguiente a recoger su moto. Por ello, y teniendo en cuenta el estado de euforia en que se encuentra valora a la baja los riesgos posibles y decide volver a casa en su motocicleta llevando en el asiento trasero a su amiga Gloria. Después de unos kilómetros de conducción algo temeraria para impresionar a su amiga, decide saltarse una señal de stop tras lo cual es arrollado por un coche. El accidente provoca a Jorge varias fracturas de consideración que requerirán un importante tiempo de reposo y recuperación, que le impedirán asistir al instituto en una temporada importante. Además, no podrá practicar su deporte favorito, el baloncesto. Afortunadamente su amiga Gloria sólo sufrió algunas magulladuras de poca importancia. La motocicleta quedó completamente destrozada. Aunque Jorge lamenta profundamente las decisiones tomadas y se repite una y otra vez que fue muy imprudente por haber cogido la moto tras haber consumido alcohol, lo cierto es que sus decisiones han tenido consecuencias muy negativas que podrían haber sido aún más dramáticas.

Jorge es un adolescente con un buen nivel de madurez cognitiva para su edad, que lleva bien sus estudios y que suele tomar decisiones razonables. A pesar de ello, la noche del accidente tomó varias decisiones poco racionales que, una tras otra, llevaron a un desenlace fatal. La primera de ellas fue la de consumir alcohol sabiendo que tendría que volver a casa conduciendo su motocicleta. La segunda fue la de decidir conducir su moto bajo los efectos del alcohol en lugar de regresar a casa por otros medios alternativos. Por último, la decisión de saltarse la señal de stop que ocasionó el accidente.

Se podría argumentar que a sus 16 años Jorge tenía la madurez suficiente para tomar decisiones sobre asuntos importantes tras sopesar los riesgos y recompensas derivados de sus decisiones, ya que a esa edad la mayoría de chicos y chicas han alcanzado el nivel de desarrollo cognitivo necesario para una toma de decisiones competente. Sin embargo, el hecho de que haya tomado de formada sucesiva una serie de decisiones de alto riesgo pone en duda dicha competencia. Es decir, Jorge pudo haber considerado que el riesgo de tener un accidente o de ser sancionado por conducir tras haber consumido alcohol era

pequeño, por ello decidió beber para divertirse con sus amistades. Más tarde también eligió la opción de volver rápido a casa en su moto en lugar de hacerlo en autobús.

La explicación a esta paradoja se puede entender mejor si tenemos en cuenta la diferenciación entre cognición fría y cognición caliente expuesta en el apartado sobre la influencia de factores socioemocionales en la toma de decisiones. Y es que aunque Jorge parece tener la madurez cognitiva necesaria para una toma de decisiones competente en situaciones de cognición fría en la que existiera poca influencia de factores socioemocionales, aquella noche no se dieron las condiciones necesarias para una decisión en frío. Una noche de sábado en compañía de iguales no puede decirse que sea el contexto más apropiado para una decisión fría y razonada. Por otra parte, una vez producido el consumo de alcohol, la sensación de euforia se vio acrecentada contribuyendo de forma negativa a las dos decisiones posteriores: conducir tras haber consumido alcohol y conducir de forma temeraria no respetando las señales de tráfico.

También habría que hacer referencia a que, de acuerdo con la Teoría de la Representación Borrosa, se podría argumentar que Jorge decide consumir alcohol porque sopesa la baja probabilidad de tener un accidente frente al placer de divertirse con sus amistades y volver a casa de forma cómoda. Sin embargo, esta decisión implica un claro fracaso en la toma de decisión ya que una evaluación cuantitativa de los posibles riesgos no tiene en consideración que lo esencial de la decisión es comprender que la propia supervivencia es mucho más importante que cualquier cálculo probabilístico de los riesgos derivados. Por baja que fuese la probabilidad de ocurrencia tendría que haber antepuesto la gravedad de las consecuencias de una decisión arriesgada.

El caso expuesto pone de manifiesto que aunque a partir de los 15-16 años la mayoría de adolescentes gozan de la madurez cognitiva suficiente para tomar decisiones, en algunas ocasiones las condiciones contextuales pueden menoscabar la competencia para una toma de decisión responsable. Estas condiciones desfavorables son aquellas en las que no es posible una reflexión tranquila por el estado de euforia y la presencia de los iguales que llevan a chicos y chicas adolescentes a centrarse en las consecuencias inmediatas más que en los probables riesgos a largo plazo. Aunque con el avance de la adolescencia, y la maduración progresiva de corteza prefrontal, se irá alcanzando un mejor equilibrio entre los sistemas cerebrales encargados de poner en marcha los impulsos y los encargados de controlarlos, en los años que siguen a la pubertad los adolescentes mostraran dificultades para la toma de decisiones racionales en situaciones de cognición caliente. Aunque todas las intervenciones dirigidas a la

prevención de los comportamientos de riesgos basadas en proporcionar información son interesantes y necesarias, también resultan insuficientes, ya que chicos y chicas suelen conocer los riesgos y aún así los asumen. Por ello, parece necesaria una mayor supervisión parental durante esos años, así como algunas restricciones a comportamientos que puedan poner en grave riesgo la salud adolescente, como, por ejemplo, retrasar hasta el final de la adolescencia la edad de acceso al consumo de alcohol.

También hay que considerar que muchos de estos comportamientos de riesgo en condiciones de cognición caliente pueden ser constitutivas de delito, por lo que parece razonable considerar que la responsabilidad de los menores de 18 años en su comisión puede estar disminuida. Ello supone un apoyo claro a leyes de responsabilidad penal que tengan en consideración que muchos adolescentes podrán implicarse en delitos como consecuencia del periodo evolutivo en que se encuentran.



Caso 2: Cuando progenitores y menores discrepan

Laura es una joven de 16 años que estudia 1º de Bachillerato en un instituto público de Sevilla. Es una chica despierta y madura para su edad que suele sacar buenas calificaciones escolares. A Laura le encantan los idiomas y viajar. Desde hace unas semanas y a raíz de una información que ha leído en internet está interesada en estudiar el próximo curso en Estados Unidos. Piensa que podría ser una experiencia interesante y que le vendría muy bien para mejorar su dominio del inglés, ya que aspira a estudiar Traducción e Interpretación. Ha hablado de ello con su tutor en el instituto, con algunos compañeros y compañeras, y también ha entrado en foros de internet en los que algunas chicas y chicos cuenta su experiencia. Sabe que 2º de Bachillerato es un curso esencial para sacar buenas notas que le permitan acceder en buenas condiciones a la selectividad, ya que la carrera universitaria que quiere estudiar exige una alta nota de corte. No obstante, después de sopesar los pros y contras se decidió presentar su solicitud para la estancia en el extranjero ya que consideró que tenía muchas opciones para conseguir la beca de estudios. Aunque en alguna ocasión había hablado con sus padres del asunto, ellos no le habían prestado mucha atención al asunto porque pensaron que se trataba de un capricho pasajero, y que tampoco tendría muchas posibilidades de obtener la beca.

Finalmente, Laura recibió la carta que le comunica la concesión de una beca para estudiar en un Instituto de Texas en El Paso. Aunque Laura hubiese

preferido otras de las ciudades que figuraban en el listado de centros disponibles, se siente muy contenta ante la posibilidad de estudiar en el extranjero. Sin embargo, cuando habla con sus padres sobre ello encuentra que no comparten su entusiasmo, incluso se oponen a que estudie fuera. Ellos argumentan que es muy joven para viajar sola y vivir fuera de casa. Saben que El Paso se encuentra en la frontera con México, cerca de Ciudad Juárez, y eso les preocupa mucho, ya que han oído cosas pocas tranquilizadoras sobre esa ciudad. Por otra parte, argumentan que le convendría terminar el Bachillerato en su instituto, ya que consideran que el cambio puede influir de forma negativa en sus calificaciones escolares. Tras darle muchas vueltas al asunto y discutirlo a fondo con Laura, sus padres deciden no permitirle que acepte la beca de estudios para viajar a El Paso, lo que supone un gran enfado en su hija y un distanciamiento en las relaciones parento-filiales.

Laura es una adolescente que siempre se mostró despierta y madura para su edad. El hecho de que sus calificaciones escolares sean excelentes unido a que se ha informado sobre la estancia consultando en foros de internet con quienes han pasado por esa experiencia y hablado del asunto con profesorado y compañeros, parece indicar que no se trata de una decisión tomada a la ligera, sino que es fruto de una reflexión pausada y tranquila. Al contrario de lo que ocurría en el caso anterior, la decisión de Laura podría encuadrarse en lo que se denomina cognición fría, ya que no parece verse influida por factores socioemocionales que pudiesen distorsionar su decisión. Por lo tanto, cabe pensar que a los 16 años sus competencias cognitivas serían muy similares a las de una persona adulta y permitirían a Laura tomar su decisión en condiciones similares. El conocimiento necesario para la toma de decisión parece haberlo adquirido mediante sus consultas y conversaciones, y sus herramientas cognitivas estarán suficientemente maduras para procesar toda la información disponible de forma adecuada, sopesando los inconvenientes y los beneficios de las diferentes alternativas. También le permiten anticipar y tener en cuenta cómo influirá ese año de estancia en el extranjero en sus planes académicos de futuro. La vinculación que Laura establece entre la mejora de su dominio del inglés y la carrera universitaria que quiere cursar pone de manifiesto su capacidad de planificación y la búsqueda de medios que le permitan alcanzar metas a medio o largo plazo.

Se puede comprender que los padres de Laura tengan mucha preocupación por el hecho de que su hija pase todo un curso escolar tan lejos de casa y en un lugar que les parece peligroso. También temen que el cambio pueda suponer una

disminución en su rendimiento académico que le limite sus opciones a la hora de elegir carrera. Sin embargo, las circunstancias en las que Laura ha tomado su decisión parecen sugerir que tiene las competencias necesarias para que sea una decisión racional. Sin entrar en el ámbito legal, desde un punto de vista estrictamente psicológico, no hay motivos para pensar que la decisión de Laura no esté suficientemente pensada y meditada ya que goza de las competencias necesarias. Por lo tanto, en este caso y aunque Laura sea menor de edad, cabe pensar que Laura debería ser plenamente responsable de tomar una decisión para la que está capacitada.

2.6. A MODO DE CONCLUSIÓN

A lo largo de las páginas anteriores hemos expuesto los diferentes acercamientos teóricos que tratan de explicar la capacidad para la toma de decisiones, así como su desarrollo a lo largo de la adolescencia y los componentes de dicha capacidad. Un aspecto importante que ha guiado la exposición ha sido el de revisar la evidencia empírica para poder sacar conclusiones acerca de la edad a la que chicos y chicas adolescentes alcanzan un nivel de madurez psicológica suficiente que les permita tomar decisiones de forma autónoma y sin que de la decisión se deriven riesgos innecesarios para su salud y seguridad, y para las de otras personas.

De todo lo expuesto se puede sacar la conclusión de que no resulta fácil llegar a determinar una edad concreta a partir de la cual las decisiones tomadas por adolescentes serán racionales y no conllevarán ningún tipo de riesgo. Ello se debe a que hay demasiados factores implicados como para dar una respuesta unívoca, tales como las diferencias individuales en madurez, el ámbito en el que se ha de tomar la decisión, el mayor o menor riesgo que se pueda derivar de una decisión incorrecta o la presencia de iguales o personas adultas. Pero quizá convenga destacar entre todos ellos la carga socioemocional de la toma de decisión. Es decir, si se trata de una decisión que implica procesos de cognición fría o de cognición caliente. En el primer caso, es cuando el sujeto toma una decisión razonada porque dispone de tiempo para reflexionar y del asesoramiento de personas que le proporcionan una información objetiva acerca de los costes y beneficios de las distintas opciones disponibles, y cuando las influencias sociales y emocionales son mínimas. La situación presentada en el caso 2 del apartado anterior encajaría claramente en esta categoría de cognición fría. Con esas condiciones, la evidencia indica que a partir de la adolescencia media, es decir en torno a los 15-16 años, la mayoría de chicos y chicas han desarrollado las competencias cognitivas necesarias para tomar decisiones de forma parecida a

como lo harían las personas adultas. Una situación distinta sería cuando el adolescente ha de tomar una decisión en situaciones que generan un alto nivel de activación emocional y con mucha coerción social. Es decir, con unas condiciones de cognición caliente, como las que se dan en el caso 1, que no permiten ni la reflexión pausada ni la consulta a personas con experiencia. En estas situaciones la cosa cambia mucho, y difícilmente se podrían encontrar decisiones maduras por debajo de los 18-19 años.

Son muchos los ámbitos para la toma de decisiones que podrían encuadrarse en la primera categoría y en los que se debería facilitar a chicos y chicas la toma de decisión autónoma. Entre esos ámbitos podrían mencionarse las decisiones de tipo médico en las que el personal sanitario puede ofrecer información y animar al adolescente a que piense antes de tomar la decisión. También las decisiones en ámbitos legales pueden disponer de condiciones similares, ya que los abogados pueden desempeñar un rol asesor parecido al del personal sanitario. O cuando se trata de participar en investigaciones como sujetos experimentales. Sin olvidar el ejercicio del derecho al voto, que supondría un empoderamiento de los jóvenes que aumentaría su interés por los asuntos sociales y su participación en la comunidad. Aunque en todos estos ámbitos las personas adultas no deben tomar la decisión en lugar del adolescente, si pueden crear el contexto en el que la competencia del chico o chica para la toma de una decisión se vea maximizada.

En contraste con lo anterior, la cognición caliente se da en otras situaciones que favorecen la impulsividad en la respuesta de chicos y chicas adolescentes, y en las que su inmadurez psicosocial se pone de manifiesto en conductas de mucho riesgo. Se trata de esas en las que están muy excitados emocionalmente, en compañía de sus amistades, sin supervisión adulta y cuando han de tomar decisiones que ofrecen una importante recompensa inmediata sin aparentes costes a corto plazo. Por ejemplo, cuando se trata de consumir sustancias, conducir bajo sus efectos, mantener relaciones sexuales sin protección o incluso implicarse en conductas antisociales que pueden llegar a ser delictivas.

Esta diferenciación entre situaciones de cognición fría y caliente puede tener importantes implicaciones en cuanto a la regulación legal de la adolescencia, ya que mientras que se considera que a los 15 o 16 años chicos y chicas deberían tener el derecho a tomar decisiones en situaciones de cognición fría sobre asuntos que les afectan directamente, cuando se trata de cognición caliente deberíamos ser mucho más cautos. Retrasar hasta la adolescencia tardía (18 años en adelante) la edad de acceso a la compra de alcohol o de responsabilidad penal puede ser una medida que les evite algunas consecuencias muy negativas a largo plazo. Este último aspecto es especialmente relevante ya que muchos de los delitos cometidos por adolescentes son delitos menores de características

similares a las conductas de asunción de riesgos propias de esta etapa evolutiva, y que irán desapareciendo en la medida en que chicos y chicas vayan ganando en experiencia y madurez psicosocial. Exigir a estos adolescentes que presentan aún cierta inmadurez psicosocial el mismo nivel de responsabilidad que a una persona adulta no parece que sea una buena medida.

BIBLIOGRAFÍA

Amsel, E.; Klaczynski, P.A.; Johnston, A.; Bench, S.; Close, J.; Sadler, E. y Walker, R. (2008). "A dual-process account of the development of scientific reasoning: The nature and development of metacognitive intercession skills". *Cognitive Development*, 23: 452-471.

Appelbaum, P. (2007). "Assessment of Patient's Competence to Consent to Treatment". *New England Journal of Medicine*, 357: 1834-1840.

Bandura, A. (1999). "Moral disengagement in the perpetration of inhumanities". *Personality and Social Psychology Review*, 3: 193-209.

Berndt, T.J. (1996). "Transitions in friendships and friends = influence". En J.A. Graber; J. Brook-Gunn y A.C. Petersen (Eds.). *Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context* (pp. 57-84). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Blakemore, S. (2008). "The social brain in adolescence". *Nature Reviews Neuroscience*, 9: 267-277.

Byrnes, J.P. (2002). "The development of decision-making". *Journal of Adolescent Health*, 31: 208-215.

Carretero, M. y León, J.A. (2002). "Del pensamiento formal al cambio conceptual en la adolescencia". En Palacios, J, Marchesi, A. y Coll, C. (Comps.). *Desarrollo psicológico y educación. 1 Psicología evolutiva* (2ª edición). Madrid: Alianza.

Casey, B.J.; Getz, S. y Galvan, A. (2008). "The adolescent brain". *Developmental Review*, 28: 62-77.

Costanzo, P. y Shaw, M. (1966). "Conformity as a function of age level". *Child Development*, 37, 4: 967-975.

Crone, E.A. y Van der Molen, M.W. (2004). "Developmental changes in real life decision making: performance on a gambling task previously shown to depend on the ventromedial prefrontal cortex". *Developmental Neuropsychology*, 25 (3): 251-279.

Dahl, R.E. (2004). "Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021: 1-22.

Damasio, R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: HarperCollins.

Darki, F. y Klingberg, T. (2015). "The role of fronto-parietal and fronto-striatal networks in the development of working memory: A longitudinal study". *Cerebral Cortex*, 25(6): 1587-1595.

Fisk, J.E.; Bury, A.S. y Holden, R. (2006). "Reasoning about complex probabilistic concepts in childhood". *Scandinavian Journal of Psychology*, 47: 497-504.

Flavell, J.H. (1992). "Cognitive development: Past, present, and future". *Developmental Psychology*, 28(6): 998-1005.

Galván, A. (2010). "Adolescent development of the reward system". *Frontiers in Human Neuroscience*, 4(6): 1-9.

Galvan, A.; Hare, T.; Parra, C.E.; Penn, J.; Voss, H.; Glover, G. y Casey, B.J. (2006). "Earlier development of the accumbens relative to the orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents". *The Journal of Neuroscience*, 26: 6885-6892.

Gardner, M. y Steinberg, L. (2005). "Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study". *Developmental Psychology*, 41: 625-635.

Garrigan, B.; Adlam, A.; Langdon, P.E. (2018). "Moral decision-making and moral development: Toward an integrative framework". *Developmental Review*, 49: 80-100.

Giedd, J. (2008). "The teen brain: Insights from neuroimaging". *Journal of Adolescent Health*, 42: 335-43.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Grisso, T. y Vierling, L. (1978). "Minors' consent to treatment: A developmental perspective". *Professional Psychology*, 9(3): 412-427.

Grootens-Wiegers, P.; Hein, I.M.; van den Broek, J.M. y de Vries, M.C. (2017). "Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects". *BMC Pediatrics* 17(1): 120.

Haidt, J. (2001). "The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment". *Psychological Review*, 108(4): 814.

Halpern-Felsher, B.L., y Cauffman, E. (2001). "Costs and benefits of a decision: Decision-making competence in adolescents and adults". *Journal of Applied Developmental Psychology*, 22: 257-273.

Harris, P. (1989). *Children and Emotion*. Oxford: Blackwell Publishers.

Hoffman, M.L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. Cambridge University Press.

Inhelder, B. y Piaget, J. (1958). *The Growth of Logical Thinking from Childhood to Adolescence*. New York: Basic Books.

Jacobs, J.E. y Klaczynski, P.A. (2002). "The development of judgment and decision-making during childhood and adolescence". *Current Directions in Psychological Science*, 11: 145-149.

Jones, B.F.; Rasmussen, C.M. y Moffitt, M.C. (1997). *Real-life problem solving: A collaborative approach to interdisciplinary learning*. Washington, DC: American Psychological Association.

Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. New York: Farrar, Strauss and Giroux.

Keating, D. (2004). "Cognitive and brain development". En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.). *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed., pp. 45-84). New York: Wiley.

Klaczynski, P.A. (2001). "Analytic and Heuristic Processing Influences on Adolescent Reasoning and Decision-Making". *Child Development*, 72: 844-861.

Klaczynski, P.A. y Narasimham, G. (1998). "Development of scientific reasoning biases: Cognitive versus ego-protective explanations". *Developmental Psychology*, 34: 175-187.

Kohlberg, L. (1976). "Moral stages and moralization: the cognitives-developmental approach". En T. Likona (Ed.). *Moral development and behaviour: Theory research and social issues*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Kokis, J.V.; Macpherson, R.; Toplak, M.; West, R.F. y Stanovich, K.E. (2002). "Heuristic and analytic processing: Age trends and associations with cognitive ability and cognitive styles". *Journal of Experimental Child Psychology*, 83: 26-52.

Langdon, S.W. (2007). "Conceptualizations of respect: Qualitative and quantitative evidence of four (five) themes". *Journal of Psychology*, 141: 469-484

Oliva, A. (2007). "Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia". *Apuntes de Psicología*, 25: 239, 254.

Oliva, A. (2016). "Los activos para la promoción del desarrollo positivo adolescente". *Metamorfosis*, 3: 32-47.

Oliva, A. y Antolín-Suárez, L. (2010). "Cambios en el cerebro adolescente y conductas agresivas y de asunción de riesgos". *Estudios de Psicología*, 31 (1): 53-66.

Oliva, A. y Antolín-Suárez, L. (2015). "Los activos comunitarios: el barrio también promueve el desarrollo". En A. Oliva (Coord.) *Desarrollo Positivo Adolescente* (pp. 101-107). Madrid: Síntesis.

Oliva, A.; Antolín-Suárez, L.; Povedano, A.; Suárez, C.; Del Moral, G. et al. (2017). *Bienestar y desarrollo positivo adolescente desde una perspectiva de género: Un estudio cualitativo*. Madrid: Centro Reina Sofía Sobre Adolescencia y Juventud (FAD).

Parra, A. y Oliva, A. (2015). "La familia como contexto para el desarrollo positivo adolescente". En A. Oliva (Coord.) *Desarrollo Positivo Adolescente* (pp. 41-58). Madrid: Síntesis.

Pertegal, M.A.; Oliva, A. y Hernando, A. (2015). "Evaluating the school assets that promote positive adolescent development from the perspective of the student". *Culture & Education*, 27, 1: 33-63.

Piaget, J. (1932). *The moral judgment of children*. London: Routledge & Kegan-Paul.

Reyna, V.F. y Farley, F. (2006). "Risk and rationality in adolescent decision making: Implications for theory, practice, and public policy". *Psychological Science in the Public Interest*, 7: 1-44.

Reyna, V.F.; Chapman, S.B.; Dougherty, M. y Confre, J. (2012). *The Adolescent Brain: Learning, Reasoning and Decision-Making*. Washington, DC: American Psychological Association.

Rivers, S.E.; Reyna, V.F. y Mills, B.A. (2008). "Risk taking under the influence: A fuzzy-trace theory of emotion in adolescence". *Developmental Review*, 28: 107-144.

Romeo, R.D.; Richardson, H.N. y Sisk, C.L. (2002). "Puberty and the maturation of the male brain and sexual behavior: A recasting of behavioral potentials". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 26: 379-389.

Roth, L.H.; Meisel, A. y Lidz, C.W. (1977). "Tests of competency to consent to treatment". *American Journal of Psychiatry*, 134: 279-284.

Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2000). "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being". *American Psychologist*, 55: 68-78.

Scott, E. (2000). "The legal construction of adolescence". *Hofstra Law Review*, 29: 547-98.

Snarey, J.R. (1985). "Cross-cultural universality of social-moral development: A critical review of Kohlbergian research". *Psychological Bulletin*, 97(2): 202.

Spear, L. (2009). *The behavioral neuroscience of adolescence*. New York, NY: Norton.

Stanovich, K.E. y West, R.F. (2000a). "Advancing the rationality debate". *Behavioral and Brain Sciences*, 23: 701-772.

Stanovich, K.E. y West, R.F. (2000b). "Individual differences in reasoning: Implications for the rationality debate?" *Behavioral and Brain Sciences*, 23: 645-665.

Stanovich, K.E.; West, R.F. y Toplak, M.E. (2011). "The complexity of developmental predictions from dual process models". *Developmental Review*, 31: 103-108.

Steinberg, L. (2007). "Risk-taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science". *Current Directions in Psychological Science*, 16: 55-59.

Steinberg, L. (2008). "A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking". *Developmental Review* 28: 78-106.

Steinberg, L. (2010). "A dual systems model of adolescent risk-taking". *Developmental Psychobiology*, 52: 216-224.

Steinberg, L. (2013). "Does recent research on adolescent brain development inform the mature minor doctrine?" *Journal of Medicine and Philosophy*, 38: 256-267.

Steinberg, L. y Cauffman, E. (1996). "Maturity of judgment in adolescence: Psychosocial factors in adolescent decision making". *Law and Human Behavior*, 20(3): 249-272.

Steinberg, L.; Cauffman, E.; Woolard, J.; Graham, S. y Banich, M. (2009). "Are adolescents less mature than adults?: Minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA 'flip-flop'". *American Psychologist*, 64(7): 583-594.

Steinberg, L. y Monahan, K.C. (2007). "Age differences in resistance to peer influence". *Developmental Psychology*, 43: 1531-1543.

Sternberg, R.J. (2003). *Wisdom, intelligence, and creativity synthesized*. Cambridge. England: Cambridge University Press.

Tversky, A. y Kahneman (1983). "Extensional versus intuitive reasoning: The conjunction fallacy in probability judgment". *Psychological Review*, 90, (4): 293-315.

Unicef (1989). "Convention on the Rights of the Child". United Nations. *Treaty Series* 15773.

Wetzel, N.; Widmann, A.; Berti, S. y Schröger, E. (2006). "The development of involuntary and voluntary attention from childhood to adulthood: a combined behavioral and event-related potential study". *Clinical Neurophysiology*, 117: 2191-2203.

Wilhelms, E.A. y Reyna, V.F. (2013). "Fuzzy trace theory and medical decisions by minors: Differences in reasoning between adolescents and adults". *Journal of Medicine and Philosophy*, 38(3): 268-282.

3. EL MENOR MADURO DESDE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO

3. EL MENOR MADURO

DESDE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO

José Antonio Seoane Rodríguez
Natalia Álvarez Lata

3.1. PLANTEAMIENTO

La edad es uno de los criterios que emplea el Derecho para determinar quién puede ejercer derechos y cumplir obligaciones. Jurídica y políticamente la edad más relevante son los 18 años, que marcan la frontera entre la mayoría de edad y la minoría de edad. Mientras que la persona mayor de edad se considera autónoma y capaz de entender y querer lo que elige y hace, el Derecho presume que quien no ha alcanzado los 18 años carece en general de esa capacidad, y para proteger sus derechos establece mecanismos de complemento de sus decisiones y su actuación. Esta tarea de cuidado, educación y representación de la persona menor de edad corresponde a sus padres o tutores, que deben cumplir su deber-derecho de acuerdo con el criterio del interés superior del menor.

No obstante, la edad no es un criterio categórico, pues la persona menor de edad puede tener capacidad natural para entender y querer, es decir, madurez suficiente para realizar actos por sí misma, excluyendo a sus representantes.

La categoría del menor maduro significa introducir una excepción al criterio cronológico de la edad, que es de aplicación disyuntiva (o se es mayor de edad o se es menor de edad), y reemplazarlo por el criterio flexible de la madurez, de aplicación abierta y prudencial (existen diferentes grados de madurez, que dependen de cada persona, de cada acto y de las circunstancias).

Este capítulo pretende explicar la respuesta del Derecho al menor maduro, que es el resultado del equilibrio entre dos principios, la protección y la libertad, y dos fines del Derecho, la seguridad y la justicia. Es también el reflejo de la evolución desde un modelo paternalista y benéfico, que define el interés del menor con criterios objetivos y heterónomos y apenas le ofrece espacios de actuación propia, hacia un modelo que amplía su ámbito de participación y actuación autónoma y define su interés, cuando es necesario acudir a él, con criterios intersubjetivos.

3.2. EL MENOR Y SUS DERECHOS

La relación entre el Derecho y las personas menores de edad ha variado a lo largo de la Historia. Analizada desde la perspectiva de los derechos, es decir, de las facultades e instituciones que expresan jurídicamente las exigencias derivadas de la dignidad, libertad e igualdad humanas y garantizan su protección, su desarrollo refleja el tránsito hacia el reconocimiento de derechos propios de los menores y de una creciente autonomía para ejercerlos por sí mismos.

En un primer momento los niños carecían de intereses propios protegidos por el Derecho; sus intereses se consideraban un asunto privado, que se dirimía en la esfera familiar y quedaba al margen de la protección jurídica pública, la cual apenas garantizaba algunas facultades de sus padres. Esta dimensión instrumental del menor desaparece en la segunda etapa: durante el siglo XIX comienza el reconocimiento de intereses propios de los menores e independientes de los de sus padres en el ámbito laboral y educativo, y tales intereses reciben una respuesta jurídica y la protección pública por parte del Estado.

Finalmente, a lo largo del siglo XX se consolida el paradigma de los derechos. Este proceso se aprecia con claridad en el ámbito internacional. Comienza con los cinco artículos de la Declaración de los Derechos del Niño, o Declaración de Ginebra (Sociedad de Naciones, 1929); continúa con la Declaración de los Derechos del Niño (Organización de las Naciones Unidas, 1959), que afirmaba la condición de sujeto de derecho del menor a través de sus diez principios; y llega a la actual Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1989), que a diferencia de las dos declaraciones anteriores es jurídicamente vinculante para los Estados que la han ratificado —entre ellos España—, y que a lo largo de sus 54 artículos detalla los derechos de los menores de edad y establece medidas específicas para fomentar sus libertades y evitar su discriminación.

En el ámbito nacional la norma de referencia es la Constitución Española de 1978 (CE), que incluye un generoso catálogo de derechos reconocido por igual a adultos y a menores, y añade una mención específica de la necesidad de protección de los niños (artículo 39 CE) conforme a lo previsto en los acuerdos internacionales, como la mencionada Convención de 1989. Desde entonces, la regulación constitucional ha sido desarrollada mediante numerosas leyes para precisar el alcance de la autonomía y los derechos de los menores en distintos ámbitos. Entre todas destaca la Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código civil y de la Ley orgánica de protección jurídica del menor (LOPJM), que sirvió también para incorporar al sistema jurídico español lo previsto en la mencionada Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.

3.3. LA EDAD EN EL DERECHO

3.3.1. Mayoría y minoría de edad

Como hemos indicado, la edad es un factor jurídicamente relevante para el ejercicio de los derechos y para el cumplimiento de las obligaciones. En cambio, no lo es para “tener” derechos, ya que la titularidad de los derechos no depende de la edad, sino de la condición de persona. En paralelo a la distinción entre titularidad y ejercicio pueden diferenciarse la capacidad jurídica, o aptitud para ser titular de derechos y obligaciones, y la capacidad de obrar, o aptitud para ejercer derechos y realizar actos con eficacia jurídica.

En otras palabras, mientras que para el reconocimiento de la titularidad o la capacidad jurídica basta con ser persona, y nuestro Derecho presume que todas las personas la tienen con independencia de su edad o madurez, para ejercer los derechos eficazmente se necesitan más requisitos, siendo la edad un criterio tradicional para identificar quién puede hacerlo por sí mismo.

TABLA 3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MAYORÍA Y LA MINORÍA DE EDAD

MAYORÍA DE EDAD	MINORÍA DE EDAD
La persona mayor de edad tiene capacidad plena para el ejercicio de los derechos y es responsable a todos los efectos de sus actos jurídicos, salvo que necesite apoyos para adoptar decisiones o realizar actos.	La persona menor de edad carece de capacidad plena y no es plenamente responsable. La concreción de su nivel de autonomía y responsabilidad depende, en general, de su madurez y juicio.
Actúa siempre por sí misma y de acuerdo con su criterio, salvo que carezca de capacidad suficiente, en cuyo caso necesita una protección específica.	La necesidad de protección y cuidado del menor determina que comparta el proceso de toma de decisiones con otras personas (su madre y/o padre; su tutor legal; su curador, en caso de emancipación; o incluso un juez o un defensor judicial en decisiones y actos de especial complejidad), que tienen derechos y deberes respecto de él, y que deben adoptar las decisiones de acuerdo con el criterio del interés superior del menor.

En España la mayoría de edad se alcanza a los 18 años (art. 12 CE, art. 315 Código civil–CC), y esta mayoría determina la capacidad plena de la persona y su autonomía para decidir, obrar y responsabilizarse de las consecuencias jurídicas de los actos. La claridad respecto de la capacidad plena del mayor de edad se

difumina por debajo de los 18 años, donde la edad y la madurez del menor diseñan un escenario heterogéneo con diversas zonas de capacidad y de autonomía menos plenas.

Así las cosas, en referencia a la edad aparecen dos estados de la persona con consecuencias jurídicas personales y patrimoniales diferentes: la mayoría de edad y la minoría de edad, que no deben ser identificadas con capacidad e incapacidad, sino concebidas en un sentido dinámico como capacidad plena y capacidades menos plenas.

3.3.2. El menor emancipado

La emancipación o la vida independiente es un supuesto de capacidad de actuación autónoma del menor de edad (arts. 314 ss. CC). El menor mayor de 16 años emancipado goza de un estatuto jurídico especial: desaparecen la patria potestad y la representación y administración parentales, y el menor puede regir su persona y bienes como si fuera mayor, aunque con ciertas limitaciones para los asuntos patrimoniales, en los que necesitará el consentimiento de los titulares de la patria potestad o, en su caso, de su curador (art. 323 CC).

3.3.3. El menor maduro

El sistema jurídico español no contiene una definición o categoría general de menor maduro, pero sí reconoce validez a ciertas decisiones y actuaciones de la persona menor de edad en razón de su madurez. Además, la madurez sirve para limitar el alcance del ejercicio de la representación, que no interviene en las áreas donde la persona menor disponga de capacidad para decidir por sí misma, y para orientar su ejercicio cuando dicha representación sea necesaria, informando el criterio del interés superior y fomentando su adquisición en el tránsito a la edad adulta.

Así lo afirma el art. 162.1 CC, que emplea el criterio del juicio o madurez para posibilitar el ejercicio de los derechos de la personalidad por parte de los menores, justificando al tiempo la intervención de los representantes —responsables parentales— en virtud de “sus deberes de cuidado y asistencia”. Es decir, combinando los mencionados principios de libertad y protección.

El ámbito biomédico y biojurídico es el que ha prestado mayor atención al menor maduro, a raíz del reconocimiento de la autonomía y los derechos de los pacientes en la legislación autonómica y estatal. Tras un decidido impulso en la redacción inicial del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de

la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBAP), estableciendo la presunción de madurez de los menores mayores de 16 años y admitiendo por debajo de dicha edad el reconocimiento de madurez para decisiones o actos concretos. En la actualidad, tras la reforma operada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, se ha restringido el alcance de la decisión autónoma del menor maduro en la línea de lo establecido con carácter general en el art. 162.1 CC, confiriendo a los representantes legales una capacidad de decisión mayor y más determinante (art. 9.3 LBAP).

3.4. ACTUACIÓN, RESPONSABILIDAD Y DERECHOS DE LA PERSONA MENOR DE EDAD

3.4.1. Marco general

La respuesta jurídica a la situación de los menores parte de dos premisas: su falta de autonomía y capacidad de obrar plenas, y la obligación social y jurídica de protegerlo, cuidarlo y hacer posible el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

TABLA 3.2. CARACTERÍSTICAS DEL RÉGIMEN JURÍDICO DEL MENOR

RÉGIMEN JURÍDICO DEL MENOR
1. El menor tiene capacidad limitada para decidir y actuar jurídicamente . Estas limitaciones a la capacidad de obrar deben interpretarse de forma restrictiva y de acuerdo con el criterio del interés superior del menor.
2. Para definir el ámbito de capacidad del menor el Derecho toma en consideración el criterio de la madurez del menor , permitiendo así delimitar un espacio de autonomía del menor.
3. La audiencia del menor hace posible la intervención en asuntos que le incumben cuando su capacidad no alcanza para adoptar decisiones de forma autónoma.
4. La definición del alcance de la autonomía y de la protección del menor debe armonizarse con el deber/derecho de los padres al cuidado, educación y protección y a la representación legal.
5. Cualquier decisión o actuación que pretenda la protección del menor debe guiarse por el criterio del interés superior del menor .

El Derecho dispone de mecanismos para sustituir o completar el consentimiento de los menores cuando éste no basta para la eficacia del acto y para proteger su

persona y sus derechos. El reconocimiento consiguiente de una mayor autonomía del menor en función de su grado de madurez y de la validez de su actuación, sobre todo en los ámbitos más personales, no prevalece ni reemplaza siempre a las normas generales de tutela y guarda que prevén la participación de sus representantes legales o, en su caso, de la autoridad judicial o del defensor judicial.

3.4.2. La representación del menor

Todo hijo no emancipado, sean cuales sean sus condiciones de madurez —y, por tanto, el menor maduro también— está bajo la patria potestad de los progenitores, que actúa como límite protector de la autonomía del menor y legitima a los padres o tutores como representantes legales para actuar en su nombre y decidir por él.

La actuación autónoma del menor está limitada por la función de los titulares de la patria potestad o de la tutela, que se ejerce siempre en nombre y beneficio de los hijos tutelados para facilitar el pleno desarrollo de su personalidad de acuerdo con el criterio del interés superior del menor. Este exige respetar sus derechos y su integridad física y mental, y comprende los deberes y facultades de

- 1º) Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
- 2º) Representarlos y administrar sus bienes (art. 154 CC).

No obstante, existen también ámbitos de actuación autónoma del menor y excepciones a la representación legal que condicionan su alcance. En primer lugar, el deber de oír al menor antes de adoptar decisiones que le afecten siempre que tenga suficiente madurez (art. 154.2º párrafo segundo CC). En segundo lugar, la necesidad de autorización judicial para concluir ciertos negocios en representación de los menores por la importancia patrimonial o la sensibilidad del negocio. En tercer y último lugar, los actos relativos a los derechos de la personalidad del hijo que pueda ejercer por sí mismo de acuerdo con su madurez, aunque en estos casos los responsables parentales intervendrán en virtud de sus deberes de cuidado y asistencia; aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo; y los relativos a bienes que estén excluidos de la administración de los padres (art. 162 CC).

3.4.3. El interés superior del menor

El criterio del interés superior del menor es la culminación de un proceso histórico de reconocimiento del menor como persona con intereses y derechos propios que

merecen respeto y protección. Este criterio exige abandonar interpretaciones paternalistas privadas (padres) y públicas (administraciones y poderes públicos) que se orienten por las preferencias o deseos de terceros, y promover el libre desarrollo de la personalidad y derechos del menor para procurar su beneficio en un sentido global, tanto físico y material como social, psicológico, moral o cultural a través de todos sus derechos.

A través del criterio del interés superior las disposiciones jurídicas internacionales y nacionales garantizan el disfrute de los derechos del menor y orientan y delimitan las actuaciones de terceros.

En el ámbito internacional sobresale el artículo 3.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), cuyo objetivo es garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo integral (holístico) del niño (cfr. Observación General 14/2013 del Comité de los Derechos del Niño).

En el ámbito nacional español destaca el artículo 2 LOPJM, cuyo número 1 considera el interés superior del menor primordial y prevalente en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como en el privado.

El interés superior del menor carece de una definición *a priori* y unívoca. Su significado se determina prudencialmente caso a caso, atendiendo a las concretas circunstancias personales, espaciales y temporales. No obstante, para orientar su concreción acorde con la perspectiva de los derechos y evitar un uso arbitrario se ha establecido un conjunto de criterios generales que enmarcan su aplicación, sistematizados en el artículo 2.2 y el artículo 2.3 LOPJM.

Así, por ejemplo, en un caso de desacuerdo de los progenitores sobre el nombre de un menor, el interés superior determina la prevalencia del apellido de la madre considerando que el menor ha utilizado desde su nacimiento como primer apellido el de su madre, que la reclamación de paternidad interpuesta por el padre se inició cuando el menor tenía casi dos años y que se estima que el procedimiento judicial y sus recursos finalizarán cuando el menor tenga cerca de seis años, siendo conocido durante todo ese período en el ámbito escolar, familiar y social por el apellido primigenio —de la madre— (Sentencia del Tribunal Supremo (STS) de 12 de noviembre de 2015 [RJ 2015/5602]). O aconsejar mantener el contacto de unos nietos con sus abuelos paternos en una situación de ruptura familiar, como factor estabilizador y emocionalmente enriquecedor, pues a pesar de que la relación prioritaria es la paternofamiliar, en interés del propio menor se debe prestar especial atención a la relación abuelos-nietos (STS de 14 de noviembre de 2013 [RJ 2013/7264]).

TABLA 3.3. CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN Y APLICACIÓN DEL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR

LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN JURÍDICA DEL MENOR

ARTÍCULO 2

A efectos de la interpretación y aplicación en cada caso del interés superior del menor, se tendrán en cuenta los siguientes criterios generales, sin perjuicio de los establecidos en la legislación específica aplicable, así como de aquellos otros que puedan estimarse adecuados atendiendo a las circunstancias concretas del supuesto:

- a) La protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor y la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas.
- b) La consideración de los deseos, sentimientos y opiniones del menor, así como su derecho a participar progresivamente, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal, en el proceso de determinación de su interés superior.
- c) La conveniencia de que su vida y desarrollo tenga lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. Se priorizará la permanencia en su familia de origen y se preservará el mantenimiento de sus relaciones familiares, siempre que sea posible y positivo para el menor. En caso de acordarse una medida de protección, se priorizará el acogimiento familiar frente al residencial. Cuando el menor hubiera sido separado de su núcleo familiar, se valorarán las posibilidades y conveniencia de su retorno, teniendo en cuenta la evolución de la familia desde que se adoptó la medida protectora y primando siempre el interés y las necesidades del menor sobre las de la familia.
- d) La preservación de la identidad, cultura, religión, convicciones, orientación e identidad sexual o idioma del menor, así como la no discriminación del mismo por éstas o cualesquiera otras condiciones, incluida la discapacidad, garantizando el desarrollo armónico de su personalidad.

ARTÍCULO 3

Estos criterios se ponderarán teniendo en cuenta los siguientes elementos generales:

- a) La edad y madurez del menor.
- b) La necesidad de garantizar su igualdad y no discriminación por su especial vulnerabilidad, ya sea por la carencia de entorno familiar, sufrir maltrato, su discapacidad, su orientación e identidad sexual, su condición de refugiado, solicitante de asilo o protección subsidiaria, su pertenencia a una minoría étnica, o cualquier otra característica o circunstancia relevante.
- c) El irreversible efecto del transcurso del tiempo en su desarrollo.
- d) La necesidad de estabilidad de las soluciones que se adopten para promover la efectiva integración y desarrollo del menor en la sociedad, así como de minimizar los riesgos que cualquier cambio de situación material o emocional pueda ocasionar en su personalidad y desarrollo futuro.
- e) La preparación del tránsito a la edad adulta e independiente, de acuerdo con sus capacidades y circunstancias personales.
- f) Aquellos otros elementos de ponderación que, en el supuesto concreto, sean considerados pertinentes y respeten los derechos de los menores.

Los anteriores elementos deberán ser valorados conjuntamente, conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, de forma que la medida que se adopte en el interés superior del menor no restrinja o limite más derechos que los que ampara.

3.5. ACTUACIÓN, RESPONSABILIDAD Y DERECHOS DE LA PERSONA MENOR MADURA

3.5.1. El ámbito personal

La distinción entre la titularidad de los derechos, que es universal y corresponde a todas las personas por el mero hecho de serlo, y el ejercicio de los derechos, relacionado con la capacidad de obrar y, como tal, contingente y variable, explica el mecanismo de la representación. Los representantes de las personas que no tienen plena capacidad de obrar ejercen los derechos de los representados en su nombre e interés.

Sin embargo, en el caso de los derechos fundamentales y de derechos muy vinculados a la esfera de la personalidad e inherentes a las personas —los denominados derechos personalísimos— la regla de la representación no opera o no lo hace en toda su extensión. Los menores con madurez o capacidad pueden realizar estos actos por sí mismos; no obstante, sus representantes también pueden intervenir sobre la base de sus deberes de protección y asistencia.

En rigor, no hay una categoría legal e incontrovertida de derechos, facultades o actos “personalísimos”, pero sí ciertos rasgos que permiten identificarlos.

TABLA 3.4. CARACTERÍSTICAS DE LOS DERECHOS PERSONALÍSIMOS

DERECHOS PERSONALÍSIMOS
1. Son derechos o facultades inherentes a la persona que conforman manifestaciones de su personalidad, cuyo fundamento se halla en el art. 10.1 CE
2. Incumben a la esfera privada o íntima de la persona, e incluyen también facultades en el ámbito de la familia y las acciones relativas al estado civil.
3. Tienen carácter inalienable, indisponible, irrenunciable e imprescriptible , y resulta consustancial a ellos que se ejerciten exclusivamente por su titular, sin que opere la representación legal, ya que el mecanismo de la sustitución no es posible.
4. En relación a su ejercicio se quiebra el binomio tradicional capacidad jurídica-capacidad de obrar y se atiende a la capacidad natural o madurez de la persona . Por tanto, aunque tenga limitada su capacidad de obrar, el menor que tenga madurez suficiente puede ejercer estos derechos por sí mismo.

La madurez para ejercitar estos derechos se relaciona con la aptitud natural de entender y querer y se valora en función de dos parámetros: las concretas

aptitudes volitivas e intelectivas de la persona y el acto en particular de que se trate. En algunos derechos se añade como tercer parámetro la madurez emocional.

Es frecuente presumir la madurez de la persona menor de edad al alcanzar una edad determinada, aunque varía según el derecho en cuestión. No obstante, se trata de una presunción *iuris tantum*, es decir, que puede ser rebatida mediante una prueba en contrario. Así, tener 14 o 16 años permite presumir la madurez de un menor pero no asegura que siempre sea así, de modo que quien pretenda la ineficacia o invalidez del acto puede demostrar que el menor no es capaz.

Así, el menor maduro tiene capacidad para decidir sobre los asuntos ligados a su persona, como opciones religiosas o políticas, publicaciones de sus trabajos, obras intelectuales o fotografías, ámbitos en los que deciden ellos y no sus padres. También sobre sus datos de carácter personal (art. 7 Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales: LOPDGDD), su intimidad y su imagen (art. 3 Ley orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen) o su vida y su salud (art. 9 LBAP). Con todo, a pesar del carácter personalísimo de estos actos y derechos, subsiste la tensión entre el reconocimiento de la autonomía del menor maduro para configurar sus decisiones y actuar conforme a ellas y su protección por parte de terceros cuando se entienda comprometido el interés de dicho menor, lo que justificaría la intervención de los representantes legales del menor.

Por otra parte, cuando un menor no tiene madurez suficiente para ejercer estos derechos, ¿debe hacerlo su representante legal o deben considerarse fuera del alcance de la representación legal y quedar latentes hasta que el menor pueda ejercerlos por sí mismo? La legislación prevé múltiples supuestos en los que los padres o tutores del menor pueden consentir en los casos en los que el menor carezca de capacidad o madurez para prestar dicho consentimiento, entre ellos varios derechos mencionados: datos personales, honor, intimidad, protección de la salud, nombre, etc. Además, este parece ser el criterio incluido en el art. 162 CC, que sólo excluye la representación de los derechos personalísimos cuando el menor pueda ejercitarlos por sus condiciones de madurez.

Esta naturaleza expansiva de la representación no pretende ni debe contradecir la autonomía del menor, e incluso serviría para defenderla en los supuestos en los que el menor aún no ha formado su personalidad y no sabe cuál es su propio interés superior. Con todo, sólo debe admitirse cuando dicho ejercicio de los derechos por parte de los representantes sea imprescindible o significativo para

el interés del menor, valorando la irreversibilidad de la situación y de la decisión; si no hay urgencia ni interés, debería aplazarse la decisión para que sea el menor quien decida de acuerdo con su criterio cuando adquiera madurez suficiente. En caso de decisiones complejas o en las que pueda existir conflicto de intereses, cabe la revisión o incluso autorización por parte de un juez.

3.5.2. El ámbito patrimonial

El menor también expresa su madurez para realizar contratos o negocios patrimoniales, cuyas reglas jurídicas generales están enunciadas en el artículo 1263.1º CC. Como la capacidad de obrar del menor es la capacidad concreta de cada persona y de cada edad, y no una capacidad abstracta impuesta por la regla de la minoría, el menor será capaz de celebrar contratos proporcionados a sus condiciones de madurez indicados expresamente por las leyes, cumpliendo los requisitos que éstas exijan para emitir un consentimiento válido.

A partir de ciertas edades, y sin la mediación de sus representantes legales, los menores realizan de forma cotidiana y directa contratos corrientes y no demasiado onerosos para adquirir ciertos bienes de consumo (comida, libros, tecnología, etc.) o acceder a los transportes públicos y lugares de recreo y ocio. La interpretación de lo que se considera relativo a la vida corriente y propia para su edad se hará en relación con los usos sociales, por lo que hoy incluiría bienes o servicios tecnológicos o las adquisiciones en línea, y excluiría lo excepcional o que suponga una carga económica relevante —por ejemplo, una motocicleta—.

También se reconoce al menor de edad capacidad para celebrar contratos que le obliguen a realizar prestaciones personales, como contratos de trabajo, u otros contratos que pueda firmar su representante legal, como anuncios publicitarios, fotografías para agencias, participación en programas o concursos televisivos, etc. En estos casos, el menor que tenga capacidad o madurez de juicio debe prestar siempre su consentimiento con carácter previo, y por ello la validez del acto de representación de los titulares de la patria potestad o tutores queda subordinada al previo consentimiento del menor.

Además de lo anterior, a partir de los 14 años el menor puede otorgar testamento, salvo el ológrafo —es decir, de su puño y letra—, y a partir de los 16 años puede trabajar con el permiso de sus padres, administrar los bienes adquiridos con una actividad que genere beneficio, ceder los derechos de explotación derivados de la propiedad intelectual, y emanciparse (y casarse, si está emancipado) y vivir de forma independiente, con autorización de sus padres o tutores.

3.5.3. *Una vía intermedia: la audiencia del menor*

En aquellos escenarios en los que el menor no puede decidir ni tiene capacidad para actuar válidamente, el Derecho facilita su intervención en los asuntos que le incumben a través de la "audiencia del menor", que supone la posibilidad o la obligación de que el menor sea oído por las personas que van a decidir por él, no siendo en principio su opinión vinculante. Así sucede en los procesos de separación y divorcio de sus padres (arts. 92 y 159 CC), de adopción (art. 177 CC), de constitución de la tutela (art. 231 CC) o en las decisiones sobre el cuidado de la salud (art. 9.3 LBAP).

El derecho de audiencia se reconoce con carácter general en el art. 9 LOPJM, que afirma que la opinión del menor será tomada debidamente en cuenta en función de su edad y madurez para comprender y evaluar el asunto concreto, estableciendo como regla general que el menor "tiene suficiente madurez cuando tenga 12 años cumplidos" (art. 9.2 LOPJM).

3.5.4. *El ámbito biomédico*

A pesar de su naturaleza personal, el ámbito sanitario o biomédico merece un tratamiento singular y destaca por haber prestado atención específica al menor maduro, especialmente desde la entrada en vigor de la LBAP y las normas autonómicas análogas. Esta legislación no se limita a conceder una mayor participación del menor en el proceso de toma de decisiones, garantizando que su opinión será oída y tomada en cuenta, sino que reconoce la validez y la eficacia de su decisión en ciertas cuestiones relacionadas con su vida, su salud o su sexualidad sin necesidad del consentimiento de sus representantes legales; en otras, en cambio, no reconoce tal validez y eficacia y autoriza la intervención de sus representantes para prestar consentimiento.

El criterio de la madurez se enuncia de formas diversas: capacidad para tomar decisiones (art. 9.3.a) LBAP), capacidad de hacerse cargo de su situación, de acuerdo con su estado físico y psíquico (art. 9.3.a) LBAP) o capacidad intelectual y emocional de comprender el alcance de la intervención (art. 9.3.c) LBAP). Estas referencias en sede de consentimiento resultan coherentes con lo previsto sobre la información (art. 5 LBAP), pues el derecho al consentimiento y el derecho a la información están "estrechamente imbricados" (Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 37/2011, de 28 de marzo, fundamento jurídico 5).

La regulación legal del menor maduro en el ámbito sanitario se completa con la presunción de madurez del menor emancipado y del mayor de 16 años capaces y

que no hayan sido incapacitados (art. 9.4, párrafo primero LBAP). Esto significa que un menor emancipado o mayor de 16 años debe ser tratado y considerado tan capaz como una persona mayor de edad a los efectos de la toma de decisiones sanitarias, y que los menores de 16 no emancipados que tengan capacidad para comprender el alcance de una concreta intervención también deben ser considerados menores maduros y, por tanto, capaces de decidir por sí mismos en esa situación. En otras palabras, la madurez del menor no consiste en rebajar la edad a partir de la cual puede consentir de forma autónoma de 18 a 16 años, sino en elegir como criterio de validez y eficacia de sus decisiones su concreta madurez o capacidad para tomar una decisión autónoma respecto de una determinada circunstancia. Por ello pueden existir y existen menores maduros con menos de 16 años.

No obstante, el reconocimiento de la autonomía decisoria del menor maduro no es ilimitado, pues la propia LBAP introduce excepciones a través de dos vías normativamente distintas. La primera consiste en una enumeración cerrada de situaciones en las que prima el criterio de la edad, completado con la legislación especial: ensayos clínicos, técnicas de reproducción humana asistida, interrupción voluntaria del embarazo (art. 9.5 LBAP) e instrucciones previas (art. 11.1 LBAP). Además, otras disposiciones biojurídicas restringen o, propiamente, no reconocen la facultad de decisión del menor maduro, como sucede con la obtención de órganos de donante vivo para trasplante (art. 8.1.a) Real Decreto 1732/2012, de 28 de noviembre). En algunos de estos casos —por ejemplo, la interrupción voluntaria del embarazo— se admite la intervención de los representantes legales y se otorga validez y eficacia a su consentimiento, con la participación de los menores; en otros —como las técnicas de reproducción humana asistida o las instrucciones previas— ni siquiera se contempla la intervención de terceros en representación del menor.

A diferencia de esta primera vía, que opta por un modelo disyuntivo o de reglas (si el paciente es mayor de edad, puede consentir; si aún no es mayor de edad, no), la segunda vía elige un modelo abierto o de principios. El segundo párrafo del art. 9.4 LBAP no reconoce validez a la decisión autónoma del menor maduro y restringe su eficacia “cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo”, en cuyo caso será oída y tenida en cuenta la opinión del menor, pero el consentimiento lo prestará su representante legal. Aquí el criterio que restringe el alcance de la madurez no es la edad sino el riesgo grave para la vida o la salud del menor, cuya presencia y alcance habrá de determinarse en cada caso por parte del facultativo a través de una interpretación contextualizada que combina tres elementos: 1) la existencia de un riesgo; 2) la gravedad de ese riesgo; 3) su influencia en la vida o la salud del menor.

Aun cuando en estos supuestos resulta relevante la opinión y el proyecto de vida del menor maduro, quien ha de participar lo más posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario (art. 9.7 LBAP), el consentimiento corresponde al representante legal, que debe decidir "atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente" (art. 9.6 LBAP), mediante una decisión "adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal" (art. 9.7 LBAP). En caso contrario, esta decisión debe ponerse "en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad" (art. 9.6 LBAP).

3.6. EL MENOR MADURO EN ACCIÓN

La ausencia de una respuesta jurídica unívoca y la variedad de situaciones en las que puede estar implicada la persona menor madura recomiendan mostrar cómo el Derecho responde en tres escenarios usuales. Este análisis parte de una descripción de los hechos, seguida del contexto normativo y de la valoración del caso, exponiendo las posibilidades de acción del menor maduro en ejercicio de sus derechos y las consecuencias jurídicas sobre la base de las normas aplicables.



Caso 1. Protección de datos y redes sociales

Pedro tiene 15 años, usa el móvil desde hace dos y se acaba de dar de alta en Instagram y Snapchat. Él y tres amigos, de edades parejas, han activado un perfil distinto del personal en el que suben fotos de su pandilla, las comentan y reciben comentarios. La última foto que han subido muestra una escena de unas chicas en el baño del colegio, captada y subida sin el consentimiento de las menores.

Contexto normativo

Esta hipótesis de intromisión ilegítima (art. 2 LO 1/1982) de los menores en los derechos de otros menores resulta frecuente en las redes sociales. Estos casos de imágenes de los menores captadas y subidas a la red sin su consentimiento

no conducen siempre a una reclamación —del menor o a través de sus progenitores—, en parte porque los menores, acostumbrados a cesiones constantes de imágenes e intimidad, pueden percibir con menos gravedad dichas intromisiones, siendo a veces los padres los que toman la iniciativa al percatarse de los hechos.

Los menores son titulares de los derechos fundamentales a la intimidad, a la propia imagen (art. 18.1 CE) y a la protección de datos personales (art. 18.4 CE y STC 292/200, de 30 de noviembre). La protección de estos derechos se refuerza a través del art. 4.3 LOPJM, que considera intromisión ilegítima “cualquier utilización de su imagen o su nombre en los medios de comunicación que puede implicar menoscabo de su honra o reputación, o que sea contraria a sus intereses incluso si consta el consentimiento del menor o de sus representantes legales”, entendiendo la jurisprudencia que hay tal intromisión ilegítima cuando se publican fotografías a través de internet y de las redes sociales.

En cambio, si el menor maduro consiente (art. 162 CC, art. 3 LO 1/1982 y art. 2 LOPJM) no cabe apreciar intromisión ilegítima. Para su validez, el consentimiento ha de ser específico e inequívoco para cada acto y finalidad (por todos, art. 6 LOPDGDD), por lo que un consentimiento genérico o generalizado no eliminaría la ilegitimidad de la intromisión.

En algunos derechos la madurez ha de combinarse con el criterio de la edad: así sucede respecto de los datos personales del menor, cuyo tratamiento (por ejemplo, para registro en redes sociales o plataformas digitales) puede consentir por sí mismo si es mayor de 14 años (art. 7 LOPDGDD), correspondiendo a los titulares de la patria potestad o la tutela otorgar también su consentimiento para el tratamiento de los datos personales de los menores de 14 años (art. 7.3. LOPDGDD).

Como cualquier otra persona que haya permitido el tratamiento de sus datos personales, la persona menor tiene derecho a revocar su consentimiento y a ejercer su derecho de supresión (art. 15 LOPDGDD) y su derecho al olvido (art. 95 LOPDGDD).

Valoración

Pedro, de 15 años, y sus amigos, de edad semejante, tienen capacidad para emitir un consentimiento válido respecto de la obtención y tratamiento de sus datos y el registro en las redes sociales. Asimismo, si todos tienen la madurez y el juicio que se le suponen a un menor de 15 años, pueden prestar válida-

mente consentimiento para ceder imágenes suyas, subirlas a Instagram y revelar algunas escenas de su intimidad personal; en caso de no existir ese consentimiento, la utilización de esas imágenes se consideraría una intromisión ilegítima.

Por tanto, Pedro y sus amigos son capaces de consentir sobre estos derechos personalísimos y sobre el tratamiento de datos en las distintas redes sociales. Sin embargo, este consentimiento estaría viciado y resultaría nulo si fuese el resultado de la presión indebida, violencia o intimidación de otra persona, menor o adulta (art. 1267 CC).

Tampoco resultaría válido el consentimiento del menor, incluso maduro, si la intromisión implicase un menoscabo de su honra o reputación o resultase contraria a sus intereses (art. 4.3 LOPJM).

En cambio, la reproducción de la imagen de las chicas que se ha subido sin su consentimiento supone una vulneración de sus derechos de protección de datos personales, intimidad y propia imagen, y puede ser calificada como intromisión ilegítima.

Los responsables de tal intromisión ilegítima serían Pedro y sus amigos. La ampliación de la autonomía debe ir acompañada de una mayor responsabilidad en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones en todos los ámbitos de la vida, tanto familiar como escolar y social (art. 9 LOPJM) y, en concreto, de la obligación de respetar la dignidad, integridad e intimidad de todas las personas con las que se relacionen, así como la de respetar las leyes y normas que les sean aplicables y los derechos y libertades fundamentales de los demás y de asumir una actitud responsable y constructiva (art. 9 *quinquies* LOPJM).

No obstante, sin evitar la exigibilidad de responsabilidad del menor —que es imputable civilmente y podría responder—, la regulación de la responsabilidad civil (arts. 1902 y 1903 CC) da prioridad a la responsabilidad de los guardadores (padres y tutores) sobre la base de la vulneración del deber de vigilancia y custodia. La regla de la responsabilidad del padre por los actos dañosos de sus hijos, de carácter directo y no subsidiaria (art. 1903 CC), da lugar a que la acción de responsabilidad por el dañado se interponga generalmente frente al padre (solvente) y no frente al menor (generalmente menos solvente), salvo que la realidad recomiende otra cosa (que el menor sea más solvente que el padre) o que el hecho dañoso sea constitutivo de delito, en cuyo caso se declararía la responsabilidad civil del menor por daños derivados de delitos (art. 61 de la Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores: LORPM).

En suma, la eventual reclamación frente a Pedro y sus amigos se encauzaría a través de la acción de responsabilidad civil frente a sus padres, fundamentada en el incumplimiento de las normas de vigilancia o educación —siempre que los menores estuvieran bajo la custodia de los padres—. Además, sería posible pedir la condena de los menores imputables conjuntamente con los padres. En cualquier caso, la indemnización del daño causado a las menores pretendida mediante la acción de responsabilidad civil por intromisión ilegítima ha de ser valorada por el juez.



Caso 2. Contrato de trabajo

Ana, de 15 años, trabaja en la panadería de su tío desde hace unos meses para ayudar a su familia. Como es menor de edad, el contrato lo ha firmado su padre en calidad de representante legal. La inspección de trabajo detecta su caso y abre el correspondiente expediente.

Contexto normativo

El Derecho regula pormenorizadamente el trabajo de los menores (art. 6 del Real decreto legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores: ET). Sienta de partida la prohibición del trabajo a los menores de 16 años, si bien admite que trabajen con permisos especiales, por ejemplo, en espectáculos. Para el rango de los 16-18 años establece reglas especiales para ellos y para los empresarios que los contraten: no pueden realizar trabajos nocturnos, no pueden realizar actividades insalubres, penosas, nocivas o peligrosas, y no pueden realizar horas extraordinarias.

Por consiguiente, con carácter general los contratos con o para menores de 16 años, aunque sean firmados por el representante legal, son nulos de pleno derecho, con la única excepción de su intervención en espectáculos públicos cuando ha sido autorizada por escrito y para actos determinados por la autoridad laboral y siempre que no suponga un peligro para su salud o para su formación profesional y humana (art. 6.4 ET), además de que tal contratación cuente también con el consentimiento del propio menor (art. 162 CC).

Entre los 16 y los 18 años el menor maduro puede trabajar, aunque sigue sujeto a las limitaciones antes indicadas (arts. 6.2 y 6.3 ET). Puede contratar la prestación de su trabajo y debe consentir (art. 162 CC; art. 7 ET), pero el contrato sólo será válido si cuenta también con el consentimiento de sus padres o tutores, o con la autorización de la persona o institución que lo tenga a su cargo (art. 7.b) ET).

Valoración

Ana no puede trabajar en la panadería, incluso si su padre ha firmado el contrato o ella ha consentido dicha actividad. El consentimiento del representante no es válido y la menor de 16 años, aunque sea madura, no podría ser admitida como ayudante en la panadería —considerada esta actividad como “trabajo”—, pues las normas laborales establecen su prohibición.

En consecuencia, la relación laboral de Ana vulnera la legislación laboral y debe ser considerada nula. Con todo, a pesar de la nulidad, los salarios devengados hasta el momento podrían ser reclamados para evitar un enriquecimiento injusto del empleador que ha contratado a menores de 16 años (art. 9.2 ET), de modo que Ana podría percibir el salario del trabajo prestado o reclamarlo, en caso de que no se lo hayan pagado.



Caso 3. Acoso escolar

Marta y dos amigas acosan desde hace un año a una compañera de clase, Patricia. Las conductas de acoso se iniciaron cuando las chicas tenían 16 años y se dan en el recinto escolar y en la calle, sobre todo en el entorno del colegio. Tras unos meses de acoso vivido en silencio, Patricia cuenta en casa que esas compañeras la insultan diariamente, la bloquean socialmente con críticas constantes dificultando su comunicación con los demás compañeros, le ponen motes y realizan manifestaciones gestuales de desprecio. Los padres comunican al centro escolar lo sucedido, que minimiza los acontecimientos y no toma medidas concretas. Patricia comienza a padecer crisis de ansiedad y no quiere ir al colegio. Los padres de Patricia deciden un cambio de centro.

Contexto normativo

El sistema educativo español, basado en el respeto de los derechos y las libertades constitucionales, establece como uno de sus principios la educación para la prevención de conflictos y la resolución pacífica de los mismos, así como la educación para la no violencia en todos los ámbitos, y en especial en el del acoso escolar (art. 1.k) de la Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación: LOE). Además, subraya esta característica al establecer entre sus fines la educación en el ejercicio de la tolerancia y la libertad dentro de los principios democráticos de convivencia, y en la prevención de conflictos y la resolución pacífica de los mismos (art. 2.1.c) LOE). Y reitera con mayor concreción el rechazo de la violencia y la

resolución pacífica de los conflictos en el ejercicio de una ciudadanía democrática entre las capacidades a desarrollar en la Educación Secundaria Obligatoria (art. 23.a) y d) LOE) y el Bachillerato (art. 33.a) y b) LOE). Finalmente, para garantizar la consecución de estos objetivos los centros educativos deben elaborar un plan de convivencia (art. 124 LOE).

Por su parte, la LOPJM establece con detalle los deberes del menor relativos al ámbito social (art. 9 *quinquies*) y, de un modo más específico, al ámbito escolar (art. 9.4 *quáter*), con referencia concreta al conflicto y al acoso.

TABLA 3.5. DEBERES RELATIVOS A LOS ÁMBITOS SOCIAL Y ESCOLAR. LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DEL MENOR

DEBERES RELATIVOS AL ÁMBITO ESCOLAR
1. Los menores deben respetar las normas de convivencia de los centros educativos, estudiar durante las etapas de enseñanza obligatoria y tener una actitud positiva de aprendizaje durante todo el proceso formativo.
2. Los menores tienen que respetar a los profesores y otros empleados de los centros escolares, así como al resto de sus compañeros, evitando situaciones de conflicto y acoso escolar en cualquiera de sus formas, incluyendo el ciberacoso.
3. A través del sistema educativo se implantará el conocimiento que los menores deben tener de sus derechos y deberes como ciudadanos, incluyendo entre los mismos aquellos que se generen como consecuencia de la utilización en el entorno docente de las tecnologías de la información y comunicación.
DEBERES RELATIVOS AL ÁMBITO SOCIAL
1. Los menores deben respetar a las personas con las que se relacionan y al entorno en el que se desenvuelven.
2. Los deberes sociales incluyen, en particular: <ul style="list-style-type: none"> a) Respetar la dignidad, integridad e intimidad de todas las personas con las que se relacionen con independencia de su edad, nacionalidad, origen racial o étnico, religión, sexo, orientación e identidad sexual, discapacidad, características físicas o sociales o pertenencia a determinados grupos sociales, o cualquier otra circunstancia personal o social. b) Respetar las leyes y normas que les sean aplicables y los derechos y libertades fundamentales de las otras personas, así como asumir una actitud responsable y constructiva en la sociedad. c) Conservar y hacer un buen uso de los recursos e instalaciones y equipamientos públicos o privados, mobiliario urbano y cualesquiera otros en los que desarrollen su actividad. d) Respetar y conocer el medio ambiente y los animales, y colaborar en su conservación dentro de un desarrollo sostenible.

El acoso escolar (*bullying*), como forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre estudiantes de forma reiterada en el entorno escolar, supone una infracción de los deberes de los menores y de las normas de los centros educativos, cuyo incumplimiento por el menor puede dar lugar a la imposición de medidas correctoras o disciplinarias por parte de los órganos directivos y de gobierno del centro (arts. 124 y 127 LOE).

Las formas más graves de acoso escolar podrían ser también constitutivas de delito. A pesar de no estar tipificado como tal en el Código Penal (CP), al margen del delito de acoso del artículo 172 *ter* CP, varios tipos penales acogen conductas que pueden ser subsumidas en el acoso escolar. Una conducta grave de hostigamiento o presión sobre la estudiante acosada podría considerarse un delito contra la integridad moral (art. 173.1 CP), que sanciona a quien "infrinja a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral".

Si además de un daño a la inviolabilidad e integridad moral de la persona se produjese la lesión de otros bienes jurídicos personales de la víctima (vida, integridad física, libertad, etc.), podría darse un concurso de delitos, al apreciarse la comisión de dos o más delitos (lesiones, amenazas, coacciones) mediante una misma acción.

Para determinar la aplicabilidad de estos tipos penales y la responsabilidad penal de las acosadoras hay que atender a su edad. Si fuesen menores de 14 años serían inimputables penalmente (art. 3 LORPM). Por el contrario, si tienen entre 14 y 18 años, como en este caso, cabe apreciar responsabilidad penal por sus conductas de acoso (art. 1 LORPM), con la correspondiente imposición de medidas por parte del juez (arts. 7 ss. LORPM).

Cabe apreciar también responsabilidad civil, aunque la respuesta es distinta si la conducta de acoso se ha calificado como delito o no. Si constituye delito se sigue la regla de la responsabilidad civil del menor, solidariamente con los padres o guardadores (art. 61 LORPM). Si no es calificada como delito y existen daños para el menor acosado, la conducta del menor acosador puede constituir un ilícito civil, con la consiguiente responsabilidad (art. 1903 CC). En estos casos, serán los padres o tutores del menor los que respondan de los daños causados, sin perjuicio de la responsabilidad civil del propio menor en el caso de que se considere imputable.

Las responsabilidades derivadas del acoso escolar no conciernen sólo a la persona acosadora y a sus padres o tutores, pues el centro educativo podría ser

responsable por dejación de sus funciones y falta de vigilancia, con base en el mencionado art. 1903 CC o, en el caso de centros públicos, en las normas de responsabilidad patrimonial de la Administración (art. 32 Ley 40/2015, de 1 de junio, de régimen jurídico del sector público).

Valoración

En razón de su edad, situada entre los 16 y los 18 años, Marta y sus dos amigas podrían ser penalmente responsables del acoso a Patricia; sin embargo, atendiendo a la gravedad de su comportamiento acosador y al principio de intervención mínima del Derecho Penal, habría que descartar en este caso la aplicación del art. 173 CP y otros preceptos del Código Penal.

En cambio, sí cabría apreciar la comisión de una falta por infracción de las normas de funcionamiento y convivencia del centro escolar, que originaría la aplicación de una medida correctora (art. 124 LOE). Si se considera que el acoso de Marta y sus dos amigas ha atentado contra la dignidad personal de Patricia, o que ésta se hallaba en una situación de vulnerabilidad por sus características personales, sociales o educativas, esta conducta se calificaría como falta muy grave y podría originar la expulsión, temporal o definitiva, del centro (art. 124.2 LOE).

Además de estas medidas correctoras, si se acreditan daños psicológicos en la víctima (crisis de ansiedad), Patricia —en rigor, sus padres como representantes legales— podría entablar una reclamación de responsabilidad civil con apoyo en los arts. 1902 y 1903 CC, al no ser derivada de delito. La acción de responsabilidad civil por acoso escolar podría incluir daños morales —sufrimiento por el acoso padecido— y personales —si se acredita alguna enfermedad, como las crisis de ansiedad—, así como gastos patrimoniales —tratamiento psicológico de Patricia o eventual cambio de centro escolar—.

Sin perjuicio de la responsabilidad civil de las menores acosadoras, la acción podría dirigirse contra el centro educativo, en tanto que las conductas de acoso se llevaron a cabo en el centro docente mientras las estudiantes menores de edad estaban bajo el control o vigilancia del profesorado, con apoyo en el art. 1903.IV CC. El centro escolar podría exonerarse de dicha responsabilidad si demuestra que ha actuado diligentemente, pero en este caso parece apreciarse una actitud contraria a dicha diligencia, lo que posibilitaría la acción contra el centro.

Por último, si la conducta de acoso va más allá del centro escolar y continúa en las redes sociales (ciberacoso) o en la calle, podría llegar a apreciarse responsabilidad de los padres de las menores acosadoras.

3.7. CONCLUSIÓN

El menor maduro expresa la evolución del Derecho hacia una mayor garantía de la libertad y los derechos individuales y hacia la adopción de criterios jurídicos más flexibles y adaptados a la realidad.

El ordenamiento español, sin olvidar su obligación de proteger a las personas y de garantizar la seguridad jurídica, que justifica el establecimiento de criterios basados en la edad, reconoce la validez y la eficacia de las decisiones y actuaciones de las personas menores de edad que tienen capacidad natural para comprender y hacerse cargo de ellas, y las trata como si fuesen adultas o mayores de edad.

Tanto en la esfera personal como en la patrimonial, los menores maduros o con suficiente juicio pueden actuar por sí mismos, responsabilizándose de sus actos y de las consecuencias de los mismos.

Esta evolución ha sido impulsada a nivel estatal por la Constitución Española de 1978 y desarrollada sobre todo a partir de la década de los noventa del siglo pasado (LPJM, 1996), en paralelo al movimiento a favor de los derechos de los niños a nivel internacional (Convención sobre los Derechos del Niño, Naciones Unidas 1989). Su último hito es la Ley 26/2015, de 28 de julio, que en cierto modo detiene la expansión del ámbito de actuación autónoma del menor maduro al permitir una mayor intervención de sus representantes en pos de un equilibrio entre el principio de autonomía y el principio de protección.

A pesar del reconocimiento de la capacidad del menor maduro y del mayor de edad, su equiparación jurídica no es plena, tanto por la entidad de algunas decisiones, que pueden originar perjuicios al menor y a sus derechos, como porque la minoría de edad implica seguir bajo la patria potestad o la tutela de sus representantes, que tienen el deber de cuidarlos y protegerlos y de posibilitar el ejercicio de sus derechos.

En cualquier caso, la participación del menor y la consideración de su perspectiva individual en el ámbito jurídico han aumentado. Por una parte, se ha ampliado el espacio de autonomía de los menores y se ha desarrollado la categoría del menor maduro, con la consiguiente limitación de la intervención de los representantes donde el menor acredite su capacidad para hacerlo por sí mismo. Por otra, y como consecuencia de lo anterior, se han perfilado el alcance y el contenido de la representación, que debe ejercerse de acuerdo con el criterio del interés superior del menor, favoreciendo el desarrollo de la personalidad e identidad del menor y teniendo en cuenta sus deseos y opiniones.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Lata, N. (2001). "El ejercicio de acciones y derechos personalísimos de la persona incapacitada (Comentario y alcance de la STC 311/2000, de 18 de diciembre)". *Revista Derecho privado y Constitución*, Nº 15: 7-40.

Bercovitz Rodríguez-Cano, R. (2017). *Manual de Derecho Civil. Derecho privado y Derecho de la persona*. Madrid: Bercal (7ª ed.).

Campoy Cervera, I. (ed.) (2007). *Los derechos de los niños: perspectivas sociales, políticas, jurídicas y filosóficas*. Madrid: Dykinson. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas.

Carrasco Perera, A. (2011). *Derecho de contratos*. Cizur Menor: Aranzadi Thomson Reuters (reimpresión).

De Pablo Contreras (coord.) (2016). *Derecho de la persona*. Madrid: Edisofer (5ª ed.).

Díez García, H. (2016). "Artículo 158 del Código civil", en Rodrigo Bercovitz Rodríguez-Cano (Dir.). *Las modificaciones al Código civil del año 2015*. Valencia: Tirant lo Blanch: 417-433.

Martínez García, C. (coord.) (2016). *Tratado del menor. La protección jurídica a la infancia y la adolescencia*. Cizur Menor: Aranzadi.

Mayor del Hoyo, M.V. (2017). *El nuevo régimen jurídico del menor: la reforma legislativa de 2015*. Madrid: Dykinson.

Nieto Alonso, A. (2016). "Capacidad del menor de edad en el orden patrimonial civil y alcance de la intervención de sus representantes legales". *Revista de Derecho Civil* núm. 3 (julio-septiembre, 2016): 1-47.

Oliva Blázquez, F. (2014). "El menor ante el Derecho". *Eidon* 41, 2014: 28-52.

Pérez Díaz, R. (2018). "La imagen del menor en las redes sociales". *Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil*, núm. 3/2018: 71-86.

Pérez Vallejo, A. (2015). "El complejo régimen que disciplina la responsabilidad civil por daños derivados del acoso escolar". *Anuario de Derecho civil*, tomo LXVIII, fasc. IV: 1387-1452.

Rivero Hernández, F. (2007). *El interés del menor*. Madrid: Dykinson.

SIGLAS

CC: Código Civil

CE: Constitución Española de 1978

CP: Código Penal

ET: Real decreto legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores

LBAP: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

LO: Ley orgánica

LOE: Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación

LOPDGDD: Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales

LOPJM: Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código civil y de la Ley de enjuiciamiento civil

LORPM: Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores

STC: Sentencia del Tribunal Constitucional

STS: Sentencia del Tribunal Supremo

4. LA EDUCACIÓN DEL MENOR MADURO,
O CÓMO CONVERTIRSE EN UN RAZONADOR
PRÁCTICO INDEPENDIENTE

4. LA EDUCACIÓN DEL MENOR MADURO, O CÓMO CONVERTIRSE EN UN RAZONADOR PRÁCTICO INDEPENDIENTE

*Virxinia Alonso Paz
José Antonio Seoane Rodríguez*

4.1. INTRODUCCIÓN

Todas las personas somos en el tiempo, somos historias de vida. Por eso comenzamos evocando una imagen publicada en distintos medios de una persona refugiada que permanece en nuestra retina. Una adolescente de 15 años que sostiene en brazos a su hijo, un bebé de unos meses. Sin tener en cuenta los matices culturales, el contexto o las causas del embarazo, vemos sin más dos personas en construcción y en situación de vulnerabilidad.

Una adolescente está lejos de estar realizada y necesita ser guiada en muchos aspectos. Tal condición inspira este capítulo, que pretende describir la relación de la educación y el menor maduro; en concreto, cómo influye la educación en la adquisición de la madurez por parte de cada menor.

Educar no es una acción de la persona adulta sobre el/la adolescente. Los chicos y las chicas son también activos en la educación; de hecho, son los más activos y protagonizan el proceso educativo, pues más que ser educados por la persona adulta, se educan juntos. El proceso de aprendizaje y educación del menor es un todo integral compuesto por multitud de factores que, junto con la diversidad de las características de la adolescencia y de los enfoques con que se analiza, admite diversas interpretaciones. Concebimos la adolescencia como etapa de oportunidades y los/las adolescentes como personas competentes para su desarrollo integral, siempre que cuenten con condiciones familiares y relaciones sociales facilitadoras.

Con la finalidad de ordenar la lectura, el capítulo se divide en apartados que responden a distintos interrogantes: el significado y el contenido de la educación (qué) y su justificación (para qué); su evolución histórica y las etapas educativas (cuándo); los principales ámbitos educativos: familia, comunidad, escuela (dónde)

y las herramientas y los procesos (cómo); y, finalmente, el sujeto de la educación (quién), el menor maduro como resultado del proceso educativo.

El desarrollo del texto revela la relación e incluso el solapamiento de las respuestas. Asimismo, muestra que la finalidad última de la educación es orientar el proceso de maduración y definir la personalidad de cada individuo, esto es, quién y qué es un menor maduro.

4.2. SIGNIFICADO Y CONTENIDO DE LA EDUCACIÓN

Educación consiste en desarrollar procesos favorecedores de la maduración de las habilidades cognitivas, afectivas y sociales de los niños y niñas, sustentados en valores específicos que permitirán que cada niño o niña desarrolle sus habilidades morales. Este proceso implica recorrer un camino desde la asunción acrítica de una moral convencional, construida conforme a las normas sociales vigentes, a una moral personal derivada de un código racional, lo que implica reflexión y reelaboración crítica de las normas sociales (Piaget, 1983).

Para que este paso se produzca el niño debe tener ciertas habilidades cognitivas para el razonamiento general, como la captación de las relaciones lógicas o las conexiones causales. Se trata de adquirir la capacidad de evaluar o calificar la realidad para tomar decisiones y actuar, de manera que el desarrollo cognitivo general determinará la evolución de las estructuras morales. Además, todo este proceso tiene lugar en contextos educativos formales, especialmente en la escuela y en contextos de educación social, a través de las relaciones familiares o de amistad con otras personas, y también con la participación real o virtual en el propio contexto de referencia (barrio, pueblo o ciudad).

Junto a esta dimensión ética aparece la dimensión política de la educación, que debería facilitar la reproducción social consciente para que toda la ciudadanía, incluyendo a los menores maduros, adquiriese la capacidad de influir en la forma de reproducción de su sociedad, esto es, en la configuración de los valores morales y políticos que determinarán las actitudes y comportamientos de la ciudadanía del futuro (Gutmann, 2001).

Tras lo expuesto es lógico concluir que la educación se considera un bien básico en cualquier sociedad, reconocida como un derecho humano en tratados internacionales y como derecho fundamental en las constituciones, entre ellas la Constitución Española. Ha de señalarse que el concepto de educación que subyace en estos documentos equipara educar con enseñar, instruir o formar, y por ello hace referencia a la educación reglada, en la que la escuela es la principal institución de referencia de los contenidos a transmitir desde la primera infancia hasta la adolescencia.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS (NACIONES UNIDAS, 1948)

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.
2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.
3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (NACIONES UNIDAS, 1989)

Artículo 28

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:
 - a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
 - b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad;
 - c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados;
 - d) Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas;
 - e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar.
2. Los Estados Partes adoptarán cuantas medidas sean adecuadas para velar por que la disciplina escolar se administre de modo compatible con la dignidad humana del niño y de conformidad con la presente Convención.
3. Los Estados Partes fomentarán y alentarán la cooperación internacional en cuestiones de educación, en particular a fin de contribuir a eliminar la ignorancia y el analfabetismo en todo el mundo y de facilitar el acceso a los conocimientos técnicos y a los métodos modernos de enseñanza. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 29

1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:
 - a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;
 - b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;
 - c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya;
 - d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena;
 - e) Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural.

Artículo 27

1. Todos tienen el derecho a la educación. Se reconoce la libertad de enseñanza.
2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales.
3. Los poderes públicos garantizan el derecho que asiste a los padres para que sus hijos reciban la formación religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones.
4. La enseñanza básica es obligatoria y gratuita.
5. Los poderes públicos garantizan el derecho de todos a la educación, mediante una programación general de la enseñanza, con participación efectiva de todos los sectores afectados y la creación de centros docentes.
6. Se reconoce a las personas físicas y jurídicas la libertad de creación de centros docentes, dentro del respeto a los principios constitucionales.
7. Los profesores, los padres y, en su caso, los alumnos intervendrán en el control y gestión de todos los centros sostenidos por la Administración con fondos públicos, en los términos que la ley establezca.
8. Los poderes públicos inspeccionarán y homologarán el sistema educativo para garantizar el cumplimiento de las leyes.
9. Los poderes públicos ayudarán a los centros docentes que reúnan los requisitos que la ley establezca.
10. Se reconoce la autonomía de las Universidades, en los términos que la ley establezca.

La educación es compleja, pues se hace cargo y se adapta a la complicación de la vida para posibilitar la construcción de proyectos vitales personales y únicos y de proyectos sociales compartidos. Tiene carácter procesual y combina varias claves relacionadas con el desarrollo humano y social.

De una parte, contribuye al perfeccionamiento y a la emancipación de la persona y caracteriza a cada persona como única; de otra, aparece como un bien común, de todas las personas, que fertiliza a la sociedad en su conjunto. Estos procesos se dan al mismo tiempo, vinculando lo individual y lo colectivo. Además, es la relación educativa de la persona con los demás la que posibilita la construcción de su propio conocimiento del mundo y de su libertad.

La tarea educativa exige competencia por parte de los profesionales e interés por la superación como individuos y como sociedad. Con todo, conviene subrayar un presupuesto del proceso educativo muchas veces inadvertido: aun cuando no se quiere educar se está educando. Atribuimos sin discusión a algunos agentes la capacidad de educar, especialmente a la escuela y a la familia, mientras olvidamos el importante papel que juegan los grupos de iguales y las redes sociales.

4.3. JUSTIFICACIÓN DE LA EDUCACIÓN

La educación en ningún caso es neutral. No lo son el centro educativo que eligen las familias ni su lugar de residencia, y tampoco el currículo que establece el Estado ni los valores que transmite cada familia. Desde esta perspectiva podría pensarse que los niños y niñas serían objeto de violencia simbólica de forma permanente (Durkheim, 1989), por lo que será precisa una educación moral que ayude a la persona en el desarrollo de la conciencia crítica, el juicio moral, el diálogo y la toma de decisiones personales.

En el proceso educativo toma especial importancia la transversalidad de los principios y de los valores, tanto en la fundamentación moral, mediante la que los adolescentes van aprendiendo a razonar, como en su aplicación práctica en los distintos ámbitos vitales en los que participan (Cortina, 2001).

Como escenario de profundas transformaciones físicas, emocionales y psicosociales, la adolescencia es una etapa de transición e inseguridad, compleja, intensa e imprevisible. Y es también el periodo en el que, a través del pensamiento ético, se consolidan los valores, las actitudes y los estilos de vida. En el camino hacia la autonomía serán frecuentes y constantes los cortocircuitos del pensamiento, la desaparición momentánea del razonamiento lógico y la expresión a través de la acción no mediada por la reflexión, aunque de forma transitoria, pues ante el desafío de construir su identidad, el/la adolescente debería ser el verdadero responsable y protagonista de sus decisiones.

En el proceso de maduración cada persona transita progresivamente por diferentes estadios de desarrollo moral, desde un estadio preconventional o de moral heterónoma, en el que las normas son una realidad externa que se respeta sólo atendiendo a las posibles consecuencias o al poder de quienes las establecen; pasando después por un estadio moral convencional, en el que las personas viven identificadas con el grupo y se establece como bueno o malo aquello que la sociedad define como tal; hasta llegar a estadio posconvencional, que implica la apertura al mundo, reconociendo que además de la propia familia y grupo, todos los seres humanos tienen derechos por encima de las instituciones, reconociendo la relatividad de las normas, distinguiendo entre las normas sociales y los propios valores, y tomando conciencia de los principios éticos universales. En este período se alcanza la moral autónoma, de cooperación o reciprocidad (Kohlberg, 1992).

Los distintos estadios de desarrollo moral no tienen equivalencia con una edad determinada y los/as adolescentes que pertenecen a un mismo grupo de edad pueden presentar diferentes niveles de desarrollo en su pensamiento moral. El

nivel moral convencional es el nivel de la mayoría de adolescentes y adultos de nuestra sociedad, y el nivel posconvencional es alcanzado por una parte de las personas adultas.

En consecuencia, la adolescencia será un período en el que la persona abandona una interpretación del mundo y de la realidad desde la heteronomía para pasar a un razonamiento autónomo. En este proceso de crecimiento personal será clave la educación en la familia, la función socioeducativa y socializadora de la escuela y la interacción con el entorno sociocultural del/la adolescente y el grupo de iguales con los que se relacione.

La maduración de la persona adolescente consistirá en integrar esas necesarias influencias externas en su creciente autonomía: las personas somos animales racionales dependientes (MacIntyre, 2001). La educación facilita la adquisición del lenguaje y posibilita conocer y evaluar reflexivamente la realidad. El individuo aprende a elaborar razonamientos y, a pesar de su dependencia, deja de estar sometido por el entorno e intenta adaptarlo a sus necesidades. De una parte, la educación le permite ir más allá de la inmediatez corporal, espacial y temporal, y pensar y prever su futuro personal. De otra, le transmite la importancia de los afectos y la cooperación para una vida buena en el seno de las distintas comunidades, cobrando conciencia de la reciprocidad de las relaciones sociales.

A pesar de las variadas razones que justifican la educación, son muchas las cuestiones que se plantean: ¿Cuáles son los límites y los criterios de la beneficencia materna/paterna con el adolescente? ¿Cómo equilibrar la protección de los adolescentes y su necesidad de libertad? ¿Cuál es el papel de madres y padres? ¿Cuál es el papel de la escuela en nuestra sociedad? ¿Y el alcance de la autonomía de los adolescentes en las decisiones que afectan a su salud, sexualidad y a su propio proyecto vital? ¿Promueven por igual la madurez del menor todos los modelos de familia y todas las políticas educativas? ¿Cómo potenciar entonces la autonomía de los/as adolescentes en la toma de decisiones en un momento personal de cambios y en un entorno social complejo?

4.4. ETAPAS Y ÁMBITOS EDUCATIVOS

Los tiempos educativos y sociales son importantes en los procesos de socialización desde una doble perspectiva: por un lado, la que incide en los significados inherentes a los contextos espaciales, temporales y relacionales (familia, centros educativos, grupo de iguales, redes sociales, etc.); y por otro, la

que otorga valor tanto a los tiempos escolares como a los “no escolares” en su contribución al desarrollo integral de la personalidad de cada adolescente (Caride, Lorenzo y Rodríguez, 2012).

4.4.1. *La educación formal*

La formación reglada en el Estado español se desarrolla a través del sistema educativo oficial, constituido lentamente en España desde la Ley Moyano de 1857 hasta la actualidad. El proceso de renovación educativa se inicia con la fundación de la Institución Libre de Enseñanza en 1876, y podría decirse que todavía no ha finalizado, a pesar de haberse cumplido buena parte de los objetivos en relación a la extensión educativa y a la calidad de la enseñanza (Barreiro, 1999).

La sociedad encomienda al sistema escolar dos tareas fundamentales. Por un lado, proporcionar instrucción a los niños y niñas a través de los contenidos fundamentales y básicos; y como no se puede instruir sin educar, transmitir también creencias e ideología junto a los contenidos culturales y los conocimientos. Por otro lado, facilitar al alumnado el dominio de conocimientos y herramientas para su integración en un contexto social, más allá de la propia familia, en la medida en que la escuela contribuye a mantener valores propios de la sociedad que la familia no siempre comparte.

El sistema educativo español se organiza en diferentes etapas. La Educación Infantil de 0 a 6 años es de carácter voluntario y presta atención a la creación de los primeros vínculos sociales, a la conquista del lenguaje y al desarrollo de la autonomía por parte de las niñas y niños.

La Educación Primaria y la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) constituyen la educación básica. La enseñanza básica comprende diez años de escolaridad y se desarrolla, de forma regular, entre los 6 y los 16 años de edad. No obstante, el alumnado tiene derecho a permanecer cursando la enseñanza básica hasta los 18 años de edad, cumplidos en el año en que finalice el curso.

La finalidad de la Educación Primaria es garantizar una formación integral que contribuya al pleno desarrollo de la personalidad de los niños y niñas, preparándolos además para cursar con provecho los estudios secundarios. La ESO tiene por finalidad lograr que el alumnado adquiera los elementos básicos de la cultura, especialmente en sus aspectos humanístico, artístico, científico y tecnológico; desarrollar y consolidar los hábitos de estudio y de trabajo; preparar al alumnado para su incorporación a estudios posteriores y para su inserción

laboral, y formarlo para el ejercicio de sus derechos y deberes como ciudadanos y ciudadanas.

La Educación Secundaria se divide en Educación Secundaria Obligatoria y Educación Secundaria Post-obligatoria. Constituyen la Educación Post-obligatoria el Bachillerato, la Formación Profesional de grado medio, las enseñanzas profesionales de Artes Plásticas y Diseño de grado medio, y las enseñanzas deportivas de grado medio. Por otro lado, la enseñanza universitaria, las enseñanzas artísticas superiores, la Formación Profesional de grado superior, las enseñanzas profesionales de Artes Plásticas y Diseño de grado superior y las enseñanzas deportivas de grado superior constituyen la educación superior.

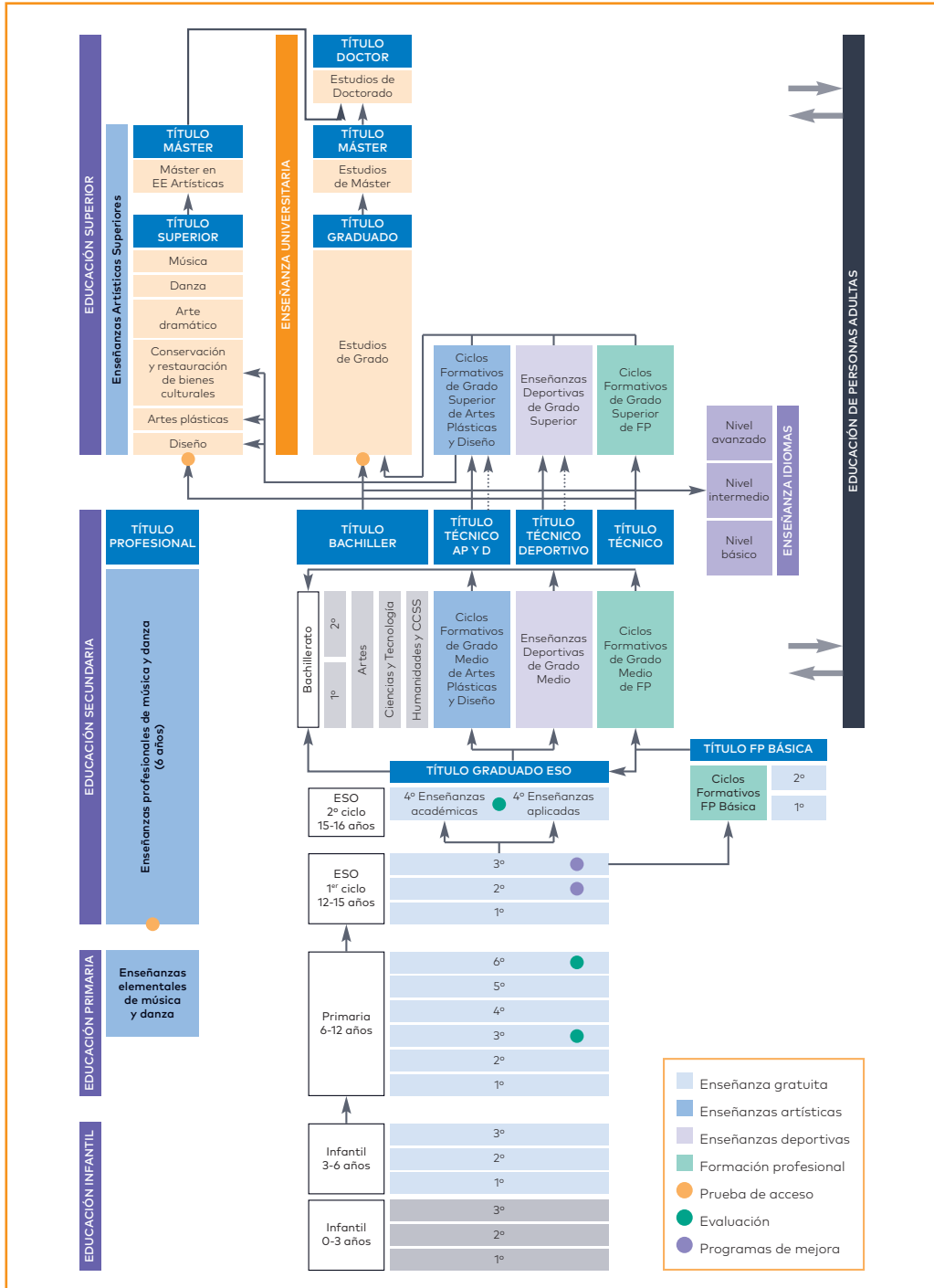
La normativa educativa insiste en garantizar el derecho a la educación (art. 27 CE), lo que exige ofrecer una escolarización de calidad para los niños y las niñas. Para combinar calidad y equidad de la oferta formativa se aprobó en 2013 la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (Ley orgánica 8/2013, de 9 de diciembre: LOMCE), que modificó la Ley Orgánica de Educación (Ley orgánica 2/2006, de 1 de mayo: LOE) y cuya implantación finalizó en el curso 2016/2017.

El preámbulo de la LOMCE declara que el aprendizaje en la escuela debe ir dirigido a formar personas autónomas, críticas, con pensamiento propio. Todos los alumnos y alumnas tienen un sueño, poseen talento, pero la naturaleza de este talento difiere entre ellos. En consecuencia, el sistema educativo debe contar con los mecanismos necesarios para reconocerlo y potenciarlo.

La ESO contribuirá a desarrollar en el alumnado las capacidades que les permitan asumir responsablemente sus deberes; conocer y ejercer sus derechos en respeto a los demás; practicar la tolerancia, la cooperación, la solidaridad entre las personas y los grupos; ejercitarse en el diálogo afianzando los derechos humanos como valores comunes de una sociedad plural y prepararse para el ejercicio de la ciudadanía democrática. También contribuirá a desarrollar el espíritu emprendedor y la confianza en sí mismo, la participación, el sentido crítico, la iniciativa personal y la capacidad para aprender a aprender, planificar, tomar decisiones y asumir responsabilidades (artículo 23 LOE).

Por su parte, el Bachillerato tiene como finalidad proporcionar al alumnado formación, madurez intelectual y humana, conocimientos y habilidades que les permitan desarrollar funciones sociales e incorporarse a la vida activa con responsabilidad y competencia. Asimismo, capacitará al alumnado para acceder a la educación superior, a tener conciencia cívica responsable, inspirada por los valores de la Constitución Española, así como por los derechos humanos, que fomenten la corresponsabilidad en la construcción de una sociedad justa y equitativa (artículo 32 LOE).

FIGURA 4.1. ORGANIGRAMA DEL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL



Fuente: Ministerio de Educación y Formación Profesional.

4.4.2. Más allá de los contenidos: actitudes y virtudes cívicas

La educación formal tiende a favorecer determinados tipos de conocimiento en detrimento de otros que son primordiales para sustentar el desarrollo humano. Un planteamiento integrado con vocación de remediar este desequilibrio proviene del *Informe Delors* (1996), que ha influido en los debates sobre las políticas, la formación docente y la elaboración del plan de estudios en distintos países del mundo afirmando que en todo aprendizaje organizado se debe prestar la misma atención a cuatro pilares.

INFORME DELORS (1996)

Aprender a conocer: un conocimiento general amplio con posibilidad de profundizar en un pequeño número de materias.

Aprender a hacer: no limitarse a la adquisición de aptitudes para el trabajo, sino también de la competencia necesaria para afrontar numerosas situaciones y trabajar en equipo.

Aprender a ser: desarrollar la propia personalidad y ser capaz de actuar cada vez con más autonomía, juicio y responsabilidad personal.

Aprender a vivir juntos: desarrollando la comprensión del otro y el aprecio de la interdependencia.

La educación debe contribuir a forjar el carácter de la persona y del ciudadano. Es evidente que la labor educativa de la escuela no se reduce a la transmisión de saberes, dado que también incide en el desarrollo personal, cultural y social, tal y como se recoge en los objetivos del Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato. Por su contenido social, se podrían subrayar varios objetivos de la ESO, que hacen referencia a la asunción responsable de los deberes ciudadanos, el conocimiento y ejercicio de los derechos y deberes; el respeto a la diferencia de sexos y el rechazo a la discriminación de las personas por cualquier condición o circunstancia personal; el fortalecimiento de las capacidades afectivas, el rechazo a la violencia y resolución pacífica de conflictos; el desarrollo del espíritu emprendedor y participativo; o la valoración crítica de hábitos sociales relacionados con la salud, la sexualidad, el consumo y el medio ambiente.

Los objetivos de formación personal y social deben propiciar el logro de las competencias-clave al final de la enseñanza obligatoria, tal y como prevé la Comisión Europea (2004), como base para posteriores aprendizajes y fundamento de la educación a lo largo de la vida. Entre ellas destacan las competencias interpersonales y cívicas, definidas como aquellas que el individuo

tiene que dominar para resolver conflictos y participar en la vida social de forma eficiente y constructiva (UNESCO, 2015).

Partiendo de la legislación vigente en materia educativa conviene destacar que todos los aspectos de carácter general tendrán una concreción diferente en cada centro educativo. De manera que será cada centro el que defina en su proyecto educativo los rasgos de identidad y valores que los identifiquen, así como los objetivos a conseguir, las prioridades pedagógicas y la estructura organizativa y funcional. Esta concreción curricular garantiza la libertad de cada comunidad educativa y hace que cada centro sea diferente.

Más allá de las distintas morales individuales propias de sociedades plurales, compartimos una moral cívica común asentada en valores como la libertad, la solidaridad, la igualdad o el respeto a los derechos humanos (Cortina, 2001), que sirven precisamente de cauce de expresión de estos valores compartidos para orientar nuestro comportamiento y evaluar la actuación de las personas y las instituciones.

Desde un planteamiento dialógico del aprendizaje (Freire 2002), se fomentaría la autonomía del alumnado y la conciencia crítica, rechazando los sistemas de aprendizaje que alienan al individuo y lo tratan como una mercancía. El desarrollo del razonamiento y el cultivo de las emociones (Nussbaum 2005, 2012) facilitan la adquisición de virtudes para garantizar el reconocimiento de la dignidad y la igualdad de derechos de todos los seres humanos, el respeto a la vida y la diversidad cultural y social, la búsqueda de la justicia y los sentimientos de solidaridad y compasión ante la responsabilidad compartida de nuestro futuro común.

4.4.3. La educación fuera de la escuela

La familia es el agente fundamental de la socialización primaria y el sistema de referencia de los adolescentes, en donde aprenden las pautas familiares y acceden a los significados del mundo, las creencias, expectativas, valores y preferencias. Por tanto, será importante atender a los cambios que ha experimentado el modelo de familia, con una creciente diversidad de formas y estilos de vida, que es una característica de las unidades de convivencia de los/las adolescentes de hoy en día.

Junto a las familias y la escuela, la preparación para la vida a lo largo de la adolescencia otorga al grupo de pares un lugar preferente. El grupo de iguales, amistades y colegas, tiene una gran presencia en el mundo adolescente y actúa

como referente o contramodelo de lo que cada uno quiere o no integrar en su propia vida, experimentando en ocasiones mayor distancia con la familia.

Durante la adolescencia los chicos y chicas precisan vivir experiencias y encontrar espacios donde explorar y desarrollar su personalidad, cuestionando los valores transmitidos en la familia o en la escuela, buscando su lugar. El grupo de iguales tendrá un papel importante en este recorrido.

Además de las relaciones familiares y de amistad, los adolescentes escolarizados, en sus tiempos libres, desarrollan actividades extracurriculares y diferentes prácticas de ocio que derivan en registros culturales, lúdicos, deportivos, recreativos, formativos, comunicativos, etc. (Caride, Lorenzo y Rodríguez, 2012). En estos contextos sociales de relación se desarrollan, explícita o implícitamente, otras prácticas educativas que contribuyen a la sociabilidad adolescente, ocasionando diferentes aprendizajes y un desarrollo más pleno de su personalidad.

4.4.4. La dimensión política de la educación

La educación del menor maduro persigue su desarrollo individual en el seno de la comunidad a través de un delicado equilibrio de la persona y los agentes educativos y socializadores. La educación no puede estar exclusivamente en manos del Estado o los poderes públicos, limitando la pluralidad de formas de vida y reduciéndola a una opción única impuesta a todos o a una presunta neutralidad que elimine la intervención del entorno próximo del menor, excluyendo principalmente a los padres.

Tampoco puede dejarse sólo en manos de los padres o las familias, basándose en su condición de entidades que buscan el beneficio del menor, presumiendo el acierto de todas las decisiones y pudiendo privar al menor de conocer y experimentar otras formas de vida y otras constelaciones de valores necesarias para la convivencia social. Finalmente, tampoco puede reducirse a satisfacer las libertades y preferencias de cada persona, sin prestar atención a los valores compartidos a los que debemos ajustar críticamente nuestro comportamiento en comunidad (Gutmann, 2001).

La no discriminación, la libertad y el respeto coexisten con la identificación y la participación en el bien de la comunidad familiar y en las políticas sociales como bases de la educación. La escuela proporciona una educación universalizable sobre la base de criterios comunes que debemos conocer y respetar, mientras que la familia y la comunidad favorecen el aprendizaje de sus costumbres y hábitos propios, incluso no coincidentes con aquellos. Sea como fuere, escuela, familia y

comunidad deben ser ambientes facilitadores (Winnicott, 1993) para el ejercicio de la deliberación crítica colectiva y la maduración del menor.

4.4.5. *Recapitulación*

Escuelas, familias, amistades, organizaciones y agentes sociales conforman un paisaje de aprendizaje multiforme y complicado en el que el aprendizaje formal, no formal e informal se da por medio de diversas instituciones socioeducativas y la participación de terceros. Las oportunidades de educación formal y no formal presuponen cierto grado de institucionalización, si bien buena parte del aprendizaje está menos organizado y estructurado, incluso cuando es intencionado y deliberado (educación informal). Los espacios, tiempos y relaciones del aprendizaje crearán una red en la que las propuestas no formales e informales interactuarán y se complementarán con las instituciones de educación formal.

Una diferencia fundamental entre los tres sistemas en los que se educan los jóvenes viene determinada por la presencia o no de personas adultas. En los grupos de iguales no existe esta figura, que sí está presente en la familia y en la escuela, lo que da a aquellos mayor inestabilidad y sitúa el enfoque en las relaciones que se establecen entre las personas que los componen. Por ello es necesario un planteamiento fluido del aprendizaje, concebido como un continuo en el que las instituciones escolares y de educación formal tengan desde la primera infancia una interacción más estrecha con otras experiencias educativas menos formalizadas. De ese modo, los educadores/as de los contextos sociales brindan oportunidades de aprendizaje a través de centros comunitarios, organizaciones, centros de formación, programas de alfabetización, asociaciones de personas voluntarias, grupos juveniles, programas deportivos y artísticos, etc., y los medios de comunicación o las redes sociales se incorporan también como canales y agentes educativos en ciertos aspectos de la adolescencia.

4.5. HERRAMIENTAS Y PROCESOS EDUCATIVOS

La sociedad se transforma, y lo que hace unos años definía la transición a la vida adulta tiene en este momento unas características diferentes que exigen modificar la forma de afrontar dicha transición. Una particularidad de las sociedades actuales es la pluralidad de culturas, de religiones y de moral, lo que conduce a una "vida líquida" (Bauman, 2007), caracterizada por la dificultad de mantener un rumbo determinado y una misma forma. Nuestras vidas se definen así por la precariedad y la incertidumbre, y las condiciones de actuación de las personas cambian antes de que las formas puedan consolidarse en rutinas y

hábitos determinados. Además, la actual complicación para acceder al mundo laboral de las personas más jóvenes lleva asociada la dependencia económica, el retraso en la independencia del hogar familiar o la ampliación del período de estudios. (Así lo señala el Índice de Desarrollo Juvenil Comparado 2018 elaborado por el Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud de la FAD: todas las comunidades autónomas del Estado español se sitúan por detrás de la media europea en emancipación y empleo juvenil).

Los/las adolescentes afrontan un período de la vida lleno de cambios, interpretando y viviendo lo que sucede antes de llegar a ser capaces de desarrollar un razonamiento independiente o, propiamente, interdependiente. Este proceso de transición implica una tarea de construcción de su identidad personal y de adquisición de autonomía que puede presentarse como un relato influido por muchos factores que utiliza para explicarse a sí mismo y ante la sociedad.

4.5.1. *Intervención*

Toda intervención educativa se enmarca en un conjunto de circunstancias en las que se desarrolla cada actuación. Este contexto determina y explica muchas de las propuestas a desarrollar, y por eso cada programa de intervención o proyecto educativo estará necesariamente conectado a su entorno de referencia, donde los/las profesionales realizarán una tarea importante a la hora de desarrollar las diferentes intervenciones educativas y de servir de enlace con los adolescentes en cada uno de los diferentes contextos de intervención.

La intervención educativa en el ámbito de la educación formal, además de estar en manos del profesorado de cada equipo docente, contará de manera específica con el profesorado tutor y con el profesorado especializado que forma parte del departamento de orientación en cada centro educativo. Según la situación concreta, también se darán casos en los que el centro educativo se coordinará con diferentes agentes sociales (profesionales de servicios sociales municipales, servicios educativos o de los centros socioculturales, monitores/as deportivos, servicios de empleo o diferentes entidades y organizaciones), para compartir procesos de análisis, pautas de actuación o líneas conjuntas de intervención y proporcionar los apoyos necesarios.

Los programas de intervención educativa que se desarrollan en contextos de educación no formal e informal cuentan con profesionales de los servicios sociales, la educación social, la animación sociocultural y/o del tiempo libre. En ocasiones puntuales también recorrerán el camino inverso para coordinarse con el profesorado de los centros educativos en los que participan los/las adolescentes.

4.5.2. Participación

La participación de los/as adolescentes en los diferentes procesos educativos es un reto. Requiere un cambio de actitudes hacia los menores y, además, adquirir conocimientos y habilidades para desarrollar los procesos de información y decisiones compartidas. Escuchar, comunicar mejor, promover la autonomía y acompañar serán algunas de las habilidades necesarias para poner en práctica un nuevo modelo de toma de decisiones. No es ajeno a ello el cambio en la consideración social del menor, que ha pasado de ser objeto de protección a sujeto que puede ejercer progresivamente sus derechos. Además, los/las adolescentes cada vez son más conocedores de sus propios derechos y de cómo ejercerlos, lo que exige profesionales formados y preparados.

Una educación respetuosa en todas sus etapas, en las que el niño/a y adolescente participe, proponga, sea escuchado, etc. favorecerá el aprendizaje de ciertas competencias. El adolescente precisa oportunidades; y si se fomenta la participación, se informa adecuadamente y se escucha a los niños y a los adolescentes, se genera mayor satisfacción en los menores y en sus madres y padres, al tiempo que se consigue una mayor cooperación por parte de los niños y adolescentes, se promueven sus capacidades y se favorece su desarrollo.

Un aspecto importante en la participación y toma de decisiones de los menores es la evaluación de la madurez y competencia del/la menor, entendida como la habilidad para hacer juicios basados en principios internos y actuar de acuerdo con estos juicios. La competencia del menor en una decisión concreta dependerá de su madurez individual, del riesgo de la decisión y de factores contextuales (Esquerda y Pifarre, 2009). Tiene carácter gradual y variable, y no depende del acierto o corrección de la decisión adoptada; es decir, admite que el menor, como cualquier persona adulta, puede equivocarse. La capacidad de decisión dependerá de un entorno y una interacción adecuada para poder desarrollarla, es decir, de aspectos internos y de aspectos externos o contextuales que proporcionen confianza. Aquel adolescente que nunca ha sido informado o escuchado difícilmente tendrá la capacidad de tomar decisiones, y por ello estimular adecuadamente la participación y la maduración del menor requiere prestar atención a varias cuestiones: informar al menor de modo adecuado para su comprensión, tanto para que pueda conocer como para que pueda emplear dicha información como sustento de su futura decisión; escuchar al menor para conocer sus preferencias y necesidades en relación a la decisión; incluir siempre que sea posible sus opiniones en la toma de decisiones; y considerar al menor competente como el principal responsable de tomar decisiones (Canalías y Ribas, 2017).

Para fomentar su desarrollo y unas relaciones saludables con su entorno (Oliva, 2015) será importante lograr un ajuste óptimo entre el adolescente y su contexto a través de políticas públicas y programas comunitarios. Una de las intervenciones más importantes es la participación de las familias en la escuela, que debe ser concebida como un derecho y como un deber. La relación entre la escuela y la familia es un factor de gran importancia en la educación del alumnado. La participación de las familias tiene efectos positivos sobre los resultados escolares y sobre el comportamiento de los/as adolescentes, y también beneficios para ellas, para el profesorado con actitudes positivas hacia la participación parental y para el funcionamiento de la escuela (Garreta, 2014). Aunque se trata de un tema complejo, desde una concepción holística, y tanto desde la pedagogía como desde la escuela y las administraciones educativas, se insiste en la implicación de las familias en los centros a través de cauces formales e informales, considerando la educación como responsabilidad de todas/todos, tanto de la escuela y el profesorado como de la comunidad educativa en la que también están las familias y el propio alumnado.

4.6. LA EDUCACIÓN DEL MENOR MADURO EN ACCIÓN

Con la intención de mostrar posibles líneas de actuación en diferentes situaciones vividas por adolescentes, presentamos a continuación una serie de casos acompañados de preguntas que nos podrían ayudar a contextualizar la intervención y algunas propuestas de actuación educativas. En todos los casos el objetivo de esta intervención es promover la autonomía de cada adolescente en su realidad concreta favoreciendo que se convierta en razonador/a práctico/a independiente.

Los casos se presentarán y analizarán utilizando una misma estructura. Se comienza con una descripción de la situación concreta seguida de una breve contextualización, y a continuación se plantean diferentes interrogantes y se exponen algunas propuestas de intervención.



Caso 1

Sara y Pablo comienzan a salir juntos. Ambos tienen 15 años, están en la misma clase y comparten amistades. Pablo quiere tener a Sara siempre controlada y ahora casi nunca quiere hacer planes con el resto de amigos y amigas. A Sara esta situación le provoca malestar, pero no dice nada.

Contexto

Un 27,4% de los/las jóvenes cree que la violencia de género es una conducta normal en la pareja. Prácticamente la mitad de los/las jóvenes (49%) afirma que la violencia machista en España ha aumentado "algo" o "mucho" en los últimos años... (Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, 2017).

Interrogantes

- ¿Con quién puede hablar Sara de lo que está viviendo? ¿Tiene confianza para comentar la situación que vive con su padre o con su madre?
- ¿Han recibido Sara y Pablo educación afectivo-sexual en su centro educativo? ¿Han participado en los talleres de igualdad y de prevención de violencia machista?
- ¿Qué materias optativas ofrece el centro educativo?
- ¿Podría el profesorado del centro estar al tanto de la situación?
- ¿Podría alguno de sus amigos/as comentarles algo e incluso pedir apoyo de alguna persona adulta (educador/a, monitor/a...)?

Posibles actuaciones (ámbito escolar)

- Desarrollo de talleres de habilidades sociales, sobre igualdad y/o de educación afectivo-sexual con su grupo-clase del centro educativo a través de la tutoría.
- Diseño de actividades en las que el grupo-clase de Sara y Pablo desarrolle dinámicas de igualdad con alumnado de curso inferiores.
- Información de la orientadora del centro educativo sobre posibles apoyos que se podrían ofrecer desde el departamento de orientación del centro educativo.
- Abordaje del tema de la violencia machista en la escuela de madres y padres del centro educativo aportando claves y perspectivas para las familias, así como diálogos con especialistas.
- Contacto con el centro de información y asesoramiento juvenil para dar a conocer sus propuestas y programas entre los/as adolescentes.
- Colaboración en las campañas de sensibilización y difusión de la concejalía de igualdad del municipio.

Caso 2

Pedro, alumno de 3º de ESO. Tiene 14 años, camino de cumplir ya los 15. Ha dejado de ir a la escuela porque no quiere estudiar más. Prefiere ir con su padre y con su tío al mar, a trabajar en las bateas.

Contexto

En el ámbito de la educación, si se miden, entre otros indicadores, la tasa de participación en educación al final de la etapa obligatoria con 15 años y la proporción de población de 18-24 años que no continúa los estudios tras la Educación Secundaria Obligatoria, con respecto a la población total de 18-24 años, los resultados son los siguientes: País Vasco y Madrid ocupan el segundo y tercer puesto del *ranking*. Además, Asturias, Navarra, Castilla y León, Galicia y Cataluña también están por encima de la media europea y de la de España. Por el contrario, Canarias, Castilla-La Mancha y Baleares se encuentran en las últimas posiciones del *ranking* (Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, 2017).

Interrogantes

- ¿Cuáles son las causas que llevan a Pedro a querer abandonar los estudios?
- La familia de Pedro, ¿le anima a seguir estudiando?
- ¿Han participado su padre y su madre alguna vez en la escuela de padres y madres?
- ¿Ha participado Pedro en las reuniones de seguimiento a las que acudían su madre y su padre convocados por el profesorado de su centro educativo?
- ¿Conoce Pedro los distintos itinerarios académicos que podría seguir? ¿Verbaliza sus gustos e intereses? ¿Sabe en qué consiste la Formación Profesional básica?
- ¿Son conscientes Pedro y su familia de las edades de escolaridad obligatoria en el actual sistema educativo?
- ¿Es preciso contactar con los servicios sociales municipales para trabajar en colaboración?

Posibles actuaciones (ámbito escolar)

- Revisión de las medidas de atención a la diversidad que ha tenido Pedro en el aula: refuerzo educativo, adaptación curricular, etc., para valorarlos y diseñar otros nuevos apoyos.
- Desarrollo de un programa de orientación personal para explorar el conocimiento de Pedro sobre sus derechos y obligaciones, así como sobre sus intereses y planes de futuro.
- Convocar una reunión para informar a Pedro y a su familia de la Formación Profesional básica como vía para la obtención del título en Educación Secundaria Obligatoria y como camino hacia la Formación Profesional de grado medio.
- Realizar una visita a un centro educativo próximo en el que se imparte Formación Profesional básica de alguna especialidad de interés para Pedro.



Caso 3

Julia es una adolescente de 16 años con discapacidad intelectual. Sus padres no la dejan salir por la noche con sus compañeros y compañeras del club juvenil porque les da miedo lo que le pueda suceder.

Sus padres son conocedores de que varias personas del grupo han fumado cannabis alguna vez. A Julia le gustaría poder salir algún día especial por la noche.

Contexto

La imagen de los adolescentes y jóvenes en relación a las personas consumidoras de cannabis difiere en función de la frecuencia de consumo. A quienes consumen esporádicamente se les percibe como personas corrientes (44%); a las personas que consumen con frecuencia se las ve como personas con problemas (38%), irresponsables (31%) o que pasan de todo (30%). No obstante, hay minorías que no comparten estas visiones (Megías y Rodríguez, 2015).

Interrogantes

- ¿Qué apoyos precisa Julia para participar en una salida nocturna con amigos e amigas?
- ¿Sabe Julia qué es, cómo se consume y los efectos que tiene el cannabis?
- ¿Tiene algo que ver el club juvenil con las salidas nocturnas de los chicos y chicas?
- ¿Podría recibir Julia algún apoyo natural en su propio entorno?
- ¿Qué precisaría hacer/saber Julia para que sus padres la dejen participar en la actividad?
- ¿Qué apoyos necesitan los amigos y amigas de Julia para salir por la noche? ¿En sus familias también encuentran resistencia a dejarles participar?

Posibles actuaciones (ámbito del tiempo libre)

- Identificación con Julia de los apoyos que precisa para participar en diversas actividades de tiempo libre, entre ellas las salidas nocturnas.
- Exploración de los apoyos naturales que Julia podría tener en su propio grupo de amigos/as.
- Desarrollo de talleres de habilidades sociales y sobre hábitos de vida saludables.



Caso 4

Mar tiene 13 años. El equipo docente de su centro educativo informa a sus padres de que Mar se queda dormida en las clases. Se detecta una adicción de Mar a internet, lo que origina que cada día se acueste a altas horas de la madrugada. Mar dice que "si quiere ser, tiene que estar en las redes sociales".

Contexto

El 90% de los jóvenes usa internet, principalmente en su casa y con un promedio de 6,2 días por semana y 3,3 horas por día. El 75% tiene total libertad para utilizar internet como quieran y lleva una media de 7 años utilizándolo (Subirats, 2014).

Interrogantes

- ¿Conocen el padre y la madre de Mar el uso que su hija hace de internet?
- ¿Ha hablado el profesorado con Mar? ¿Ha participado Mar en alguna charla o actividad sobre el uso responsable de internet?

Posibles actuaciones (ámbito escolar)

- Abordaje de las conductas adictivas en la escuela de madres y padres del centro educativo, aportando claves y perspectivas para las familias.
- Desarrollo en el centro de una jornada sobre hábitos de vida saludable.
- Negociación con Mar del horario de utilización de internet a lo largo de la semana.

4.7. CONCLUSIÓN

Junto con la adquisición de conocimientos, una educación que propicie la madurez de los/las niños/as y los/las adolescentes podría sintetizarse en tres habilidades. En primer lugar, la habilidad para desarrollar una vida examinada, es decir, para el examen crítico de la propia persona y de las propias tradiciones, atreviéndose a pensar por sí misma y no meramente por remisión a la opinión de autoridades. En segundo lugar, la capacidad de verse y pensarse a sí misma vinculada a los demás seres humanos, no sólo a los próximos o a los pertenecientes a su grupo, sino también a los más distantes, con los que comparte necesidades y capacidades que son mayores que las diferencias. Finalmente, la capacidad de

pensar y comprender el mundo desde la perspectiva del otro, de ser capaz de enriquecer el conocimiento de los hechos mediante la imaginación narrativa (Nussbaum, 2005).

Estas características individuales conducen al menor maduro a convertirse en un razonador práctico independiente (MacIntyre, 2001), capaz de pensar más allá de lo inmediato y lo local en relación con el entorno y de asumir su influencia para, en última instancia, tomar una decisión por sí mismo. Esto implica que los conocimientos y las habilidades individuales necesitan ser puestos en práctica en ambientes facilitadores que hemos sintetizado en tres: escuela, familia, comunidad. La tarea educativa del menor maduro consistirá, por tanto, en fomentar su crecimiento autónomo en interacción con los demás, equilibrando esta triple influencia para formar no sólo individuos maduros sino también ciudadanos (Gutmann, 2001).

ANEXO. ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La elaboración de un programa de intervención educativa con adolescentes responde a un proceso con distintas fases y tiene por finalidad el diseño de una serie de propuestas y/o actividades coordinadas entre sí para alcanzar diferentes metas y objetivos (Pérez Serrano, 1993).

Se recogen a continuación algunas de las características más significativas de cada una de ellas.

Fase I. Análisis de la realidad

1. Presentación del caso.
2. Para garantizar una propuesta globalizadora, desde una perspectiva sistémica de la intervención, es preciso definir el contexto de la intervención, especificando:
 - Órgano o institución desde el que se interviene (centro educativo, centro sociocultural...).
 - Lugar en el que nos situamos (barrio, ciudad, pueblo, entorno rural, urbano...).
 - Si se interviene desde un centro educativo: antecedentes, características del centro, aspectos específicos del aula, relación con el profesorado y los compañeros/as, profesorado especialista...

- Si se interviene desde un centro de servicios sociales o desde una entidad de tiempo libre: antecedentes, personal implicado (contratado, voluntario), recursos disponibles, actividades que desarrolla...
- Realidad sociofamiliar (estilo parental, número de hermanos...).
- Entorno sociocultural (recursos de ocio para la juventud, alternativas deportivas...).
- Se incluirán otros datos que puedan ser significativos y aporten matices al diseño de la intervención.

3. Persona/s destinataria/s del programa de intervención.

- Si se trata de una persona concreta: características del desarrollo general del/a adolescente (salud, historia escolar, aficiones, necesidades específicas de apoyo, estilo de aprendizaje, motivaciones actuales, demandas). De considerarse oportuno y siempre que se cuente con profesionales, también se podrían utilizar pruebas estandarizadas.
- Si se trata de un grupo/s: relación entre las personas, intereses compartidos, necesidades específicas, demandas.

4. Identificación y estudio de la normativa vigente aplicable al diseño y desarrollo del programa de intervención educativa con adolescentes.

5. Análisis de necesidades e hipótesis de intervención: ¿Cómo promover la autonomía de cada adolescente en su realidad concreta? ¿Cómo favorecer que se convierta en razonador/a práctico/a independiente?

Fase II. Diseño del programa de intervención educativa

6. Propuestas de actuación, en la mayoría de las ocasiones se diseñará un programa de intervención que recogerá diferentes aspectos y que irá dando respuesta a las siguientes preguntas (Ander-Egg, 1992):

- ¿Qué? Naturaleza del programa.
- ¿Por qué? Origen y fundamentación. Principios de actuación y orientación pedagógica.
- ¿Para qué? Objetivos generales y específicos de la intervención.
- ¿Cómo? Propuestas de actuaciones educativas y acciones a llevar a cabo. Metodología, técnicas y procedimientos de actuación.
- ¿Dónde? Localización física.

- ¿Cuándo? Calendario, cronograma.
- ¿Quiénes? Recursos humanos.
- ¿Con qué? Recursos materiales y económicos.
- Evaluación y seguimiento (derivaciones, implicación de la comunidad, autoevaluación...).
- Referencias bibliográficas.

Fase III. Implementación de programa de intervención

7. Puesta en funcionamiento de las actuaciones definidas en el programa diseñado. Será importante elaborar registros y recoger evidencias sobre el desarrollo y la realización de las diferentes actuaciones.

Fase IV. Evaluación del proceso de diseño, desarrollo y seguimiento del programa

8. La evaluación tiene lugar de manera continuada a lo largo del programa, desde el inicio hasta la finalización del mismo. Permite explicar los resultados de las acciones realizadas y verificar la adecuación de los elementos del propio programa con el fin de corregir los desajustes y de desarrollar procesos de mejora. La evaluación del proceso de diseño, desarrollo y seguimiento del programa se realiza a través de diferentes pasos:

- Delimitación y conocimiento de lo que se quiere evaluar.
- Definición de los criterios y de los indicadores a los que se quiere dar respuesta a través del proceso de evaluación.
- Elección y diseño de instrumentos de recogida de información.
- Recogida de la información.
- Análisis de los datos, estableciendo diferencia entre los resultados, las interpretaciones, los juicios de valor y las recomendaciones.
- Informe de evaluación y comunicación de resultados.

BIBLIOGRAFÍA

Ander-Egg, E. (1992). *Introducción a la planificación*. Madrid: Siglo XXI.

Barreiro, H. (1999). "A renovación educativa en España durante a século XX". *Eduga: Revista Galega do Ensino*, nº 24: 81-96.

Bauman, Z. (2007). *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. Barcelona: Tusquets.

Canalías, O. y Ribas, M. (2017). "El adolescente con problemas de salud mental y adicciones en el sistema de Justicia Juvenil: Aspectos éticos". *Bioética & Debat*, 23 (80): 3-8.

Caride, J.A.; Lorenzo, J.J. y Rodríguez, M.A. (2012). "Educar cotidianamente: el tiempo como escenario pedagógico y social en la adolescencia escolarizada". *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, nº 20: 19-60.

Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud (2017). *Barómetro 2017 del ProyectoScopio*.

Consultado el 24 de enero de 2019 en: <http://www.proyectoscopio.es/>

Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud (2018). *Índices del ProyectoScopio*.

Consultado el 24 de enero de 2019 en: <http://www.proyectoscopio.es/>

Comisión Europea (2004). *Propuesta de recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente*.

Cortina, A. (2001). "Ciudadanos del mundo". En A. Cortina y J. Conill (eds.). *Educar en la ciudadanía*. Valencia: Institución Alfons el Magnànim.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2018). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI*.

Durkheim, E. (1989). *Educación y sociología*. Barcelona: Península.

Esquerda, M. y Pifarre, J. (2009). "Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad". *FMC*. 16(9): 547-553.

Freire, P. (2002). *La educación como práctica de libertad*. Madrid: Siglo XXI.

Garreta, J. (2014). "La participación de las familias en la escuela: una cuestión pendiente", *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, 71: 101-124.

Gutmann, A. (2001). *La educación democrática. Una teoría política de la educación*. Barcelona: Paidós.

Instituto Nacional de Estadística (2018). *España en cifras 2018*.

Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes*. Barcelona: Paidós.

Megías, I. y Rodríguez, E. (2015). *Tendencias de cambio en la representación del cannabis. La perspectiva de adolescentes y jóvenes españoles*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud.

Nussbaum, M.C. (2005). *El cultivo de la humanidad. Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal*. Barcelona: Paidós.

Nussbaum, M.C. (2012). *Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012). *Informe Europeo sobre Drogas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Oliva, A. (2015). *Desarrollo positivo adolescente*. Madrid: Síntesis.

Pérez Serrano, G. (1993). *Elaboración de proyectos sociales. Casos prácticos*. Madrid: Narcea.

Piaget, J. (1983). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Fontanella.

Subirats, J. (2014). *Jóvenes, internet y política*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud.

UNESCO (2015). *Replantear la educación. ¿Hacia un bien común mundial?* París: UNESCO. Consultado el 22 de enero de 2019 en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232697>

Winnicott, D.W. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.

5. EL MENOR MADURO EN LA RELACIÓN CLÍNICA

5. EL MENOR MADURO EN LA RELACIÓN CLÍNICA

Azucena Couceiro Vidal

5.1. INTRODUCCIÓN

Vivimos en un espacio sociopolítico y cultural construido, entre otros, en torno al valor de la autonomía, del reconocimiento de la capacidad de cada ciudadano para analizar la realidad y tomar decisiones que le afectan tanto individual como colectivamente. Probablemente sea la primera vez en la historia en la que el "autonomismo", es decir, considerar que la autonomía debe ser siempre el valor jerárquicamente superior y por tanto respetado en caso de conflicto, invade todas las esferas de nuestra vida personal y política.

No es de extrañar que pese a lo incorrecto de esa afirmación el respeto a la capacidad de autodeterminación de cada ser humano, que constituye el "*humus*" sobre el que se asientan las sociedades liberales, haya conducido a valorar al menor como un sujeto que en su propio desarrollo, o mejor aún, para su mejor desarrollo personal, puede y debe de tomar decisiones sobre aquello que le afecta directamente de acuerdo con su edad y capacidad para hacerlo.

Cada ámbito de decisión posible —familia, entorno social, entorno educativo, etc.— tiene una serie de peculiaridades que han sido ampliamente desarrolladas en los capítulos previos. En el ámbito de la Medicina no son pocas ni sencillas de manejar. Para entender tanto las dificultades como las posibilidades que plantea el ejercicio de la autonomía de un menor en el ámbito clínico se realizará un análisis que conduzca a la comprensión, tanto teórica como práctica, de este nuevo y complejo fenómeno.

Se comenzará por señalar el contexto histórico que enmarca y da sentido al problema que tratamos de desarrollar, es decir, cuál ha sido la relación entre el valor de la autonomía y la Medicina. Situados ya en perspectiva histórica corresponde detenerse en la relación clínica, sus características, sus modelos, y también en los instrumentos que posibilitan una toma de decisiones en la que

sea posible introducir al paciente. A diferencia de lo que ocurre con un adulto, en el caso del menor la relación involucra ética y jurídicamente a sus padres y/o tutores, por lo que con independencia de quién tome la decisión final, en cada caso conviene determinar el papel que cada uno juega en ese proceso, y cómo equilibrar las posibilidades de autodeterminación del menor con la protección que requiere una persona en desarrollo. Dicho de otra manera, se trata de saber si se puede tutelar y proteger a un menor a través de su autodeterminación, y cómo se adquieren las capacidades que permitan al menor tomar decisiones de cuyas consecuencias pueda hacerse responsable.

El tercer y último peldaño de este recorrido nos conduce a ejemplos y situaciones concretas, aquellas en las que se toman las decisiones. Se excluirán de este apartado tanto el abordaje de comportamientos específicos en relación con la salud —alimentación, sustancias adictivas, sedentarismo, etc.— como las situaciones críticas y de gran complejidad —cuidados intensivos— para centrarnos en aquellas en las que el ejercicio de la autonomía cobra especial relevancia en el marco de la relación clínica con los menores.

En este sentido se presentan cuatro escenarios. El primero se centra en el ámbito de la sexualidad, que afecta a espacios privados y de gran importancia para la construcción de la identidad personal del menor. El segundo desarrolla el espacio de las enfermedades crónicas, de gran impacto en la trayectoria vital del menor y que exigen la toma de decisiones continuadas, y la adquisición de hábitos que muchas veces interfieren en su forma de vida o de relacionarse con sus pares. El tercero se refiere a enfermedades muy graves, que requieren decisiones complejas tanto desde el punto de vista racional como desde las emociones, y que casi siempre conllevan el enfrentamiento con la posibilidad de la muerte. El cuarto y último aborda las situaciones de urgencia, en las que el impacto emocional y el poco tiempo para la toma de decisiones configura un marco de especial complejidad para un adulto, cuanto más para los adolescentes.

5.2. EL TRÁNSITO DEL PATERNALISMO AL RESPETO DE LA AUTONOMÍA EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA

Es un hecho innegable que la relación clínica constituye la piedra angular sobre la que se asienta la práctica de la Medicina, y también que ha cambiado más en los últimos 25 años que en los 25 siglos previos de su historia occidental (Laín, 2003; Lázaro y Gracia, 2006). Desde una perspectiva histórica se identifican tres edades o períodos muy definidos en sus características: la era del paternalismo o del médico, la de la autonomía o era del paciente y la era de la burocracia o del

contribuyente, si bien para el tema que nos ocupa sólo es necesario detenernos en las dos primeras y comparar sus diferencias (Siegler, 1997).

La *era del paternalismo* ha sido la más extensa. Abarca desde el año 500 a.C. hasta aproximadamente 1960 y se caracteriza por una confianza absoluta en el médico, tanto en su capacidad técnica como en su nivel moral. Ambas características hacen que sea el único sujeto de la relación legitimado para determinar lo que es bueno para el paciente, sujeto *infirmus*, falto de firmeza. Por ello lo trata como a un hijo pequeño, decidiendo lo que es mejor para él y sin tenerlo en cuenta. Esto es lo que se denomina paternalismo benefactor, la única forma ética de entender la relación clínica en esta época histórica y la que se ha mantenido durante siglos. Se puede resumir en una sencilla frase: el que sabe decide sobre el que no sabe y de esta forma le protege de forma benéfica.

En la década de los sesenta se produce un quiebre histórico; comienza en EEUU la *era de la autonomía*. El origen del cambio tiene su referente en la sociedad civil norteamericana que crea una Asociación de Consumidores para reivindicar sus derechos de manera más efectiva. En 1969 esta organización entra en contacto con la Asociación Americana de Hospitales y centra sus reivindicaciones en el área sanitaria. En un país donde los ciudadanos compran los servicios sanitarios exigen a cambio una serie de derechos, entre los que se encuentra el derecho a la información y a poder elegir en consecuencia. Es así como se origina el primer código de derechos de los pacientes de la historia, rompiendo con la tradición paternalista imperante en la relación clínica.

Todo ello coincide en el tiempo con la puesta a punto de nuevas técnicas de soporte vital sobre las que los pacientes quieren no sólo estar informados, sino también decidir. Surge lo que a partir de entonces se ha denominado la "rebelión de los pacientes", que modifican su papel tradicional y sumiso en la búsqueda de otro más activo, informado y participativo (Gracia, 1989). La relación clínica paternalista ya no resulta adecuada en las sociedades modernas, plurales y democráticas (Couceiro, 2007). Este nuevo modelo que permite la introducción del valor de la autonomía en la relación clínica responde a una de las convicciones morales de la Modernidad, la de que hay que respetar a todos los ciudadanos como agentes morales y la exigencia de contar con su opinión en todos aquellos espacios, tanto públicos como privados, que les afecten.

No conviene olvidar que el valor de la autonomía, y por ende el nuevo modelo, son totalmente ajenos a la tradición histórica de la profesión médica, y esto explica en gran medida las dificultades de su introducción en el ámbito clínico y su retraso de dos siglos respecto de la aparición de los usos democráticos en el

ámbito político, que se inician en el siglo XVIII con las revoluciones sociales francesa y norteamericana.

Un claro ejemplo de perversión del nuevo modelo en la Medicina es la de reducir a la firma de un formulario de consentimiento lo que en realidad debería de entenderse como un proceso compartido de toma de decisiones entre un profesional y un paciente. En muchas ocasiones todavía se hace firmar al paciente un documento sin haber establecido con él un proceso de comunicación. No se le explica la información relevante y tampoco se genera la posibilidad de que intervenga en la toma de decisiones sobre su patología (Couceiro, 2014). Esta manera de actuar se conoce como "paternalismo con formulario", ya que no sólo sigue manteniendo la tradicional forma paternalista del profesional sino que además le obliga al paciente a firmar un documento que no ha sido explicado ni comprendido. Ni que decir tiene que esta actuación no cumple con las exigencias éticas ni jurídicas de un auténtico proceso de consentimiento informado, que es lo que demanda el respeto genuino de la autonomía.

En definitiva, la Historia de la Medicina nos sitúa ante una profesión sostenida moralmente sobre la base de un paternalismo fuerte, lo que explica las dificultades para la introducción de una relación clínica que valore la autonomía, y ello pese al refrendo normativo que en materia de derechos de los pacientes existe ya en nuestro país (Ley 41/2002). Es llamativo que, todavía hoy, los profesionales no muestren demasiado interés en ellos y que valoren más una asistencia adecuada en el plano humano, acorde con la tradición profesional benefactora, que el derecho del paciente a decidir sobre la aceptación o rechazo del tratamiento (Pérez *et al.*, 2007). Nuestra tradición cultural es más proclive a proteger al otro decidiendo por él que a entender que la mejor protección de los demás se debería de ejercer mediante la generación y promoción de sus propias capacidades. Si esto es así respecto de los adultos cuanto más en el caso del menor, al que por definición identificamos como persona que debe de ser tutelada a lo largo de su desarrollo y sobre la que casi de manera intuitiva se ejerce un paternalismo benefactor no siempre justificado.

5.3. EL MENOR Y LA RELACIÓN CLÍNICA

Etimológicamente la palabra "clínica" procede del sustantivo griego *klíne*, que significa lecho o cama. El verbo *klíno* tiene el sentido de caer, yacer, recostarse apoyarse, de aquí que la clínica señale una actividad muy concreta, la que se lleva a cabo con las personas que están enfermas o en cama (Gracia, 1999). La complejidad de esta relación humana y de su estructura viene dada tanto por los

sujetos que la integran como por la manera en la que se relacionan. Es ya clásico acudir a modelos o metáforas que explican de forma sencilla los tipos de relación clínica que pueden darse en nuestro ámbito cultural (Enmanuel y Enmanuel, 1992).

5.3.1. Modelos de relación clínica

Recopilando lo visto hasta ahora, podemos identificar cuatro tipos de relación clínica. El primero se denomina *modelo paternalista*. Aquí el profesional se comporta como un padre solícito respecto de su paciente: decide por él y le impone la mejor actuación desde el punto de vista clínico. Basado en una ética de la beneficencia, la autonomía del paciente no se considera un valor sino todo lo contrario. No existe necesidad de informar a quien nada va a decidir y tampoco hay duda sobre el papel cuasi sacerdotal del profesional que, protegiendo al paciente, elegirá lo mejor para él y al menor coste emocional posible. En definitiva, el mejor valor es la máxima eficacia terapéutica y para lograrlo se puede llegar a utilizar, incluso, la manipulación o la mentira.

El segundo es el *modelo informativo*, también llamado científico, técnico o del consumidor. En este caso el objetivo del profesional es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda tomar decisiones: la naturaleza del diagnóstico, las posibles intervenciones y la probabilidad tanto de los beneficios como de los riesgos que se asocian a cualquier curso de acción. El médico queda reducido a un "experto" que conoce la información y se la transmite al paciente. El objetivo es que éste tome una decisión informada de la forma más objetiva, evitando influencias excesivas. Como puede verse es la antítesis del modelo anterior, por lo que también se ha denominado autonomista o contractualista. Llevado al extremo puede convertirse en un mero formalismo y conducir a la burocratización de una relación que sólo persigue la firma de un contrato —formulario de consentimiento— tras la completa y exhaustiva información suministrada al paciente.

En la búsqueda de otras posibilidades que superen el contractualismo aparecen dos modelos, el interpretativo o personalizado y el deliberativo. En el *interpretativo* la tarea del profesional no finaliza con la transmisión de la información relevante sino que debe de conocer los valores y expectativas del paciente para ayudarle a manejar la situación en la que se encuentra. Este modelo recoge una obligación de ayuda que se pierde en el informativo, y que es básica en la relación clínica.

El *modelo deliberativo* va un poco más allá. Deliberar exige la ponderación cuidadosa de los factores que intervienen en una situación concreta a fin de

buscar la solución óptima, o la menos lesiva. Exige la escucha atenta, el esfuerzo por comprender la situación, el análisis de los valores implicados y el diálogo sobre los posibles cursos de acción, un diálogo que nunca debe ir más allá de la persuasión dejando que sea el paciente quien defina su vida, sus valores y cómo éstos influyen en sus elecciones. No sólo trata de entender la decisión sino de compartirla con el paciente, sea la que sea, una vez que garantizamos la información adecuada y un proceso de comunicación y soporte emocional que permita la toma de decisiones.

**TABLA 5.1. RELACIÓN CLÍNICA:
MODELOS, FUNDAMENTO ÉTICO E INSTRUMENTOS**

MODELOS DE RELACIÓN CLÍNICA	PATERNALISTA	INFORMATIVO	INTERPRETATIVO DELIBERATIVO
CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICINA	<ul style="list-style-type: none"> • 500 a.C. – 1960 • Poca capacidad curativa • Médico: figura sacerdotal/sanador cuasi mágico 	<ul style="list-style-type: none"> • Segunda mitad del siglo XX • Gran capacidad de intervención técnica • Médico = científico 	<ul style="list-style-type: none"> • Siglo XXI • Prevención y cronicidad • Médico: científico, asesor democrático y administrador de recursos públicos
FUNDAMENTO ÉTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficencia • Objetivo: el mejor interés del paciente desde el punto de vista médico • Responsabilidad moral del médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomía liberal: derechos de los pacientes • Objetivo: el bien del paciente, definido desde la autonomía • Responsabilidad jurídica 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad compartida • Objetivo: el bien del paciente definido desde la relación dual • Responsabilidad ética y jurídica
INSTRUMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad técnica y talla moral del médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar al paciente información correcta y veraz 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica • Proceso comunicativo de consentimiento • Evaluación de la capacidad de hecho

Sólo los dos últimos modelos —interpretativo y deliberativo— garantizan el respeto del valor de la autonomía y permiten su ejercicio real en un proceso de diálogo compartido. En el caso de los menores ha sido casi instintivo el manejo de un modelo paternalista que parecía aún más justificado que en el adulto. El reto es ver si se puede generar con ellos alguno de los modelos participativos descritos, y cómo deberían adecuarse a su edad para generar un espacio que

promueva sus capacidades y posibilite la mayor autodeterminación posible en la toma de decisiones sobre su vida y su salud.

5.3.2. Instrumentos de la relación clínica

Un modelo no es más que una metáfora explicativa. Para ponerlo en práctica se necesitan instrumentos, herramientas que permitan su aplicación en el seno de la propia dinámica clínica (Couceiro, 2012). Los modelos participativos requieren el manejo de tres instrumentos: la entrevista clínica, el proceso comunicativo de consentimiento y la evaluación de la capacidad de hecho.

La *entrevista clínica* es el método de trabajo fundamental de la atención médica en cualquier especialidad asistencial. Permite estructurar el encuentro médico-paciente de una forma metodológicamente adecuada y desvelar la dimensión humana del proceso de consentimiento informado. La atención sanitaria y sus resultados dependen de cómo se comuniquen el profesional y la persona que acude a consulta. Por consiguiente la efectividad de la acción técnica se ve condicionada por la relación humana que tiene lugar en la consulta, además de que una adecuada entrevista genera las condiciones necesarias para poner en práctica los modelos interpretativo y deliberativo (Borrell, 2003; Ruiz, 2009; Rodríguez y Epstein, 2003).

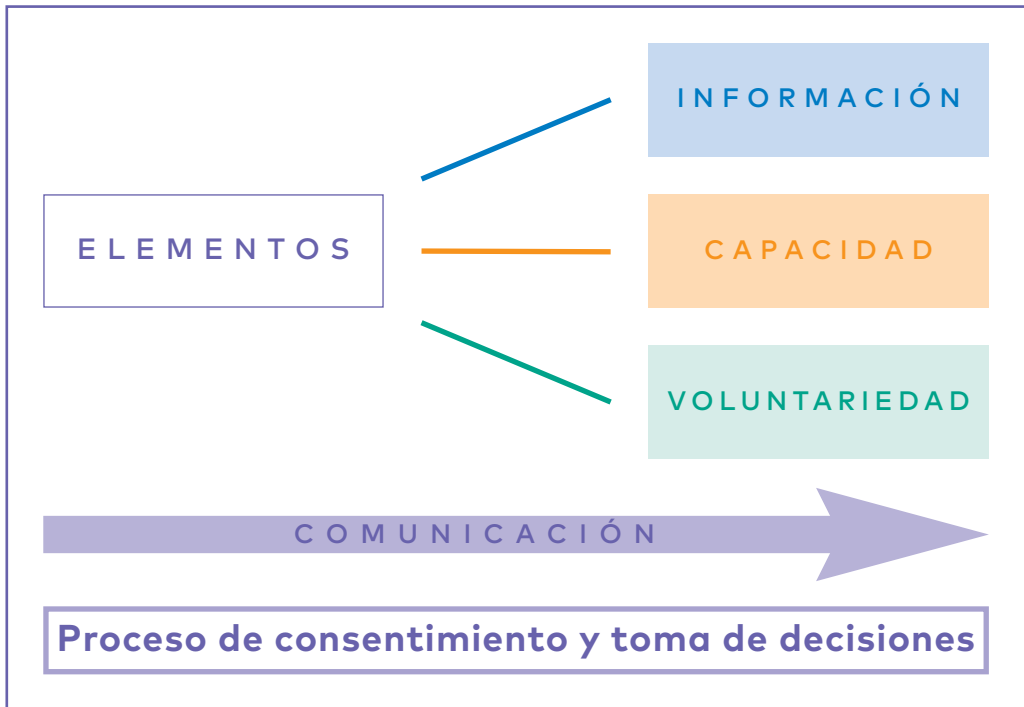
Los estudios descriptivos demuestran que en España aún se mantienen estilos de entrevista autoritarios, muy prescriptivos y paternalistas, en los que no se explica el problema clínico ni las alternativas, no se exploran las preferencias de los pacientes ni se manejan modelos de negociación compartida, lo que está en consonancia con las características culturales previamente señaladas. A esto hay que añadir que en el caso de menores y adolescentes la estructura y los objetivos de la entrevista requieren una adaptación específica, sobre todo si queremos que participen de manera activa en el proceso (Arroba, Dago y Manzarbeitia, 2010; Gracia, 2011; Rodríguez, 2013).

El segundo instrumento es un *proceso de comunicación* entre el profesional y el paciente que permite la toma de decisiones conjunta sobre los problemas de salud. Requiere la presencia de tres elementos que garantizan su validez (Simón y Júdez, 2001). El primero es la información. Cada patología y cada paciente necesitan información distinta, dada por un profesional cuyas habilidades comunicativas le permitan transmitir información clara, veraz, comprensible para el paciente y ajustada a sus necesidades.

Una vez informado el paciente tiene que poner en marcha habilidades cognitivas y emocionales que le permitan elegir, tomar una decisión y justificarla. Esto implica entender tanto la información que se le proporciona como las alternativas

y las consecuencias de elegir un determinado curso de acción. Es lo que se denomina *capacidad de hecho*. El tercer y último elemento es la voluntariedad. El profesional tiene que estar seguro de que la decisión tomada por el paciente es voluntaria, sin que existan presiones incoercibles sobre la autonomía de quien elige, por tanto no coaccionado ni manipulado.

FIGURA 5.1. ELEMENTOS DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO



Este proceso es exigente, tanto para el profesional como para el paciente. Los profesionales tienen que poseer habilidades comunicativas, saber transmitir la información, conocer cómo se evalúa la capacidad de hecho de un paciente y poner en marcha estrategias prácticas y sencillas que hagan efectiva su participación real en el proceso (Ruiz Moral, 2011). Los formularios escritos de consentimiento sirven para apoyar el proceso oral y para registrarlo, pero no pueden ni deben sustituirlo (Simón, 2006).

El objetivo final no es sencillo. Se trata de generar un proceso de relación y comunicación que ayude al paciente a tomar decisiones, y esto significa tener que elegir; lo que si generalmente es complicado, todavía lo es más en situaciones de incertidumbre, o en aquellas que tienen una elevada implicación emocional.

Incertidumbre y emociones están siempre presentes en el ámbito de la salud y la enfermedad. No hay que olvidar que decidir es escoger el riesgo que estamos dispuestos a asumir (Couceiro, 2005; Mira y Rodríguez-Marín, 2001).

Trasladar todo ello a los menores no es nada fácil. Como ya se ha mencionado implica conocer la existencia de modelos específicos de entrevista clínica adaptados a las características de niños y adolescentes. También es necesario adaptar el proceso comunicativo a su edad y sus necesidades, y evaluar si el menor tiene la capacidad necesaria, no sólo para ser tenido en cuenta, sino para otorgarle incluso la posibilidad de ser el decisor principal aunque no haya llegado a la mayoría de edad.

Este es el significado del concepto "menor maduro". Se define como tal a un menor de edad que ha alcanzado la madurez, la capacidad suficiente para ejercer su autonomía en un determinado ámbito sin necesidad de que nadie le represente. Esto implica que ha desarrollado las capacidades cognitivas y emocionales necesarias para tomar sus propias decisiones, y para justificarlas de acuerdo a sus criterios y valores. Por tanto es la capacidad y no la edad la que determina si una persona menor puede, o no, tomar decisiones, lo que supone un giro radical en la evolución del Derecho y el cuestionamiento de la idea clásica de que la minoría de edad implica, automáticamente, la incapacidad para decidir (ver capítulo 3. El menor maduro desde la perspectiva del Derecho).

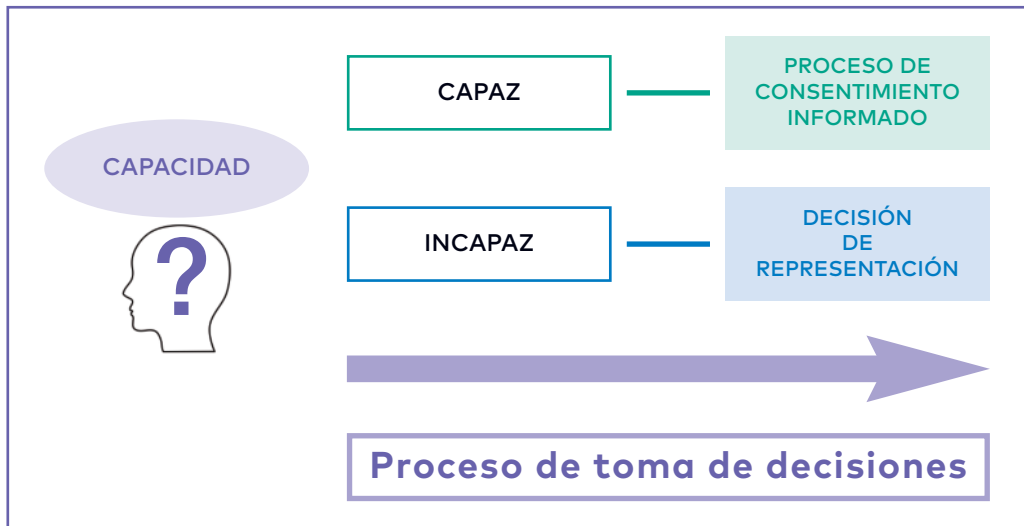
5.3.3. La evaluación de la capacidad para tomar decisiones

La capacidad es uno de los elementos del proceso de consentimiento. Se puede decir que el elemento nuclear ya que sólo las personas capaces pueden tomar decisiones que les afectan en los diferentes ámbitos de la vida. En el caso de que sean incapaces otras personas ligadas a ellas naturalmente —cónyuge, hijos, etc.—, o bien designadas por un juez a tal efecto, asumirán la compleja tarea de tomar las decisiones por quien no puede hacerlo. Dicho de otra manera, la capacidad nos indica si una persona puede tomar decisiones por sí misma o si es necesario que un tercero lo haga por ella, entrando en el escenario siempre complejo de las decisiones de representación.

Los adultos poseen las habilidades psicológicas y emocionales necesarias para tomar decisiones. La mayoría de edad indica, de modo general, la capacidad de los ciudadanos para gestionar su vida y ejercitar sus derechos en todos los ámbitos que les afecten. Por esta razón, cuando los pacientes son mayores de edad se asume el *a priori* de la capacidad, y lo que el profesional tiene que demostrar es la incapacidad. Esta situación puede darse en el caso de pacientes que o no comprenden la información, o no son capaces de evaluar y elegir entre

alternativas, o tienen una situación afectiva o emocional que les conduce a situaciones psicológicas como la negación de la realidad, entre otras. La carga de la prueba sobre la incapacidad recae en el profesional. Tiene que justificar por qué el paciente no puede tomar decisiones, registrarlos minuciosamente en la historia clínica y buscar vías de actuación alternativas para la toma de decisiones clínicas sobre el paciente, y siempre las menos restrictivas.

FIGURA 5.2. CAPACIDAD Y ESCENARIOS PARA LA TOMA DE DECISIONES




Por tanto la evaluación y determinación de la capacidad de un paciente entraña una enorme responsabilidad ética y jurídica. Significa afirmar que en un determinado momento hay una persona que no tiene las condiciones requeridas para ejercer su autonomía y tomar decisiones sobre su vida y su salud (Simón, 2001). Cuando hablamos de menores el problema es aún más complejo. Al contrario que en el adulto, se presume la incapacidad, y lo que el profesional tiene que demostrar es que un menor es capaz, aquí y ahora, de tomar una decisión concreta. La consecuencia inmediata es que nadie, ni siquiera sus tutores, le puede representar en esa tarea, y que los profesionales adquieren respecto del menor las mismas obligaciones que con un adulto, es decir, respeto a la decisión de aceptación o rechazo de un tratamiento y confidencialidad en el marco de esa relación clínica (Pérez-Cárceles *et al.*, 2006).

La adquisición de la capacidad requiere tiempo, maduración y experiencia. El desarrollo del menor es un proceso dinámico en el que intervienen numerosos factores: cognitivos, afectivos, psicobiográficos, motivacionales, situacionales

(McCabe y Wheithorn, 1996), etc., si bien el factor que parece más relacionado con el desarrollo de la madurez moral para la toma de decisiones es el juicio cognitivo. El psicólogo y pedagogo Jean Piaget estableció una teoría cognitiva del desarrollo moral de los niños en torno a 3 fases que implican un proceso continuo de crecimiento y maduración. Más tarde Lawrence Kohlberg, su discípulo más importante, propuso en base a la teoría piagetiana que la génesis de la madurez moral se realiza a lo largo de 6 estadios agrupados en 3 niveles diferentes, un orden lógico que presupone un desarrollo cognitivo continuo y progresivo.

**TABLA 5.2. ESTADIOS DE KOHLBERG
Y MENOR MADURO**

NIVELES Y ESTADIOS DEL DESARROLLO MORAL – KOHLBERG (DE LA HETERONOMÍA A LA AUTONOMÍA)	MENOR MADURO EDADES SIGNIFICATIVAS
<p>NIVEL I – PRECONVENCIONAL</p> <p>Moral heterónoma Reglas y normas externas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadio 1 (2 a 7 años). Castigo y obediencia. • Estadio 2 (8 a 12 años). Individualismo e intercambio. <p>NIVEL II – CONVENCIONAL</p> <p>El yo se identifica en conformidad con las normas sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadio 3 (12 a 15 años). Relaciones sociales de grupo . Expectativas interpersonales mutuas. • Estadio 4 (16-20 años). Se amplía la perspectiva al sistema social, apoyando el bienestar colectivo. <p>NIVEL III - POSCONVENCIONAL</p> <p>Moralidad determinada por principios generales y universales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadio 5 (mayor de 21 años). Derechos y valores sociales pero desde la perspectiva de la imparcialidad y el pluralismo. • Estadio 6. Procedimientos de universalización de las normas y principios asumidos. 	<p>Es la CAPACIDAD, y no la edad, lo que determina si un menor puede tomar decisiones sobre sí mismo.</p> <p style="text-align: center;"></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menores de 12 años, se presume su incapacidad. / Deben de ser escuchados e informados. 2. Entre 12 y 16 años, es necesario determinar la capacidad para cada decisión. / Aplicación de la doctrina del menor maduro. 3. Mayores de 16 años, se presume la capacidad "sanitaria", EXCEPTO* en las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Ensayos clínicos. • Técnicas de reproducción humana asistida. • Instrucciones previas. • Interrupción voluntaria del embarazo. • Situación de grave riesgo para la vida o la salud del menor.

* Según la legislación vigente.

Si bien trabajos posteriores han señalado que los estadios no son tan fijos ni tan cerrados —John Rest—, y que pueden tener un sesgo de género —Carol Gilligan— (Rest, 1979; Gilligan, 1982), la propuesta de Kohlberg sigue siendo el fundamento sobre el que se apoya la psicología moral actual. También explica la evolución del pensamiento jurídico sobre la capacidad de menores para tomar decisiones (Simón y Barrio, 2010). Una de las consecuencias prácticas de este planteamiento es que los menores, a partir de los 12 años y sobre todo a partir de los 16, han desarrollado ya las estructuras necesarias de razonamiento moral, y que sólo necesitan tiempo para entrenarse en su utilización. La otra es el establecimiento de intervalos aproximados de edad respecto de la *madurez cognitiva* que tienen significado práctico para la toma de decisiones.


Los menores de 8 años, situados en el nivel preconventional, sólo son capaces de justificar sus actuaciones en función de las normas externas dadas por los adultos; actúan de forma heterónoma. Alrededor de los 12 se inicia una evolución hacia la autonomía. La mayoría de los adolescentes alcanzan el nivel convencional, aquel en el que se identifican con las normas sociales establecidas, alrededor de los 16 años, y la estabilidad entre los 16 y los 18 años. Si bien hay diferencias entre los individuos, la mayoría de las personas adultas no avanzan más allá del nivel convencional que, como acabamos de ver, es alcanzado por los adolescentes alrededor de los 16 años. A esta edad ya han realizado el tránsito cognitivo desde la heteronomía típica de la infancia hasta la autonomía, si bien todavía les falta la madurez y el entrenamiento que otorga la experiencia.

Ahora bien, ¿cómo se puede valorar la capacidad para la toma de decisiones en situaciones concretas? Desde la década de los setenta se trabaja con varios criterios que han permitido la construcción del tercer instrumento de la relación clínica, la evaluación de la capacidad de hecho. Son los conocidos y clásicos criterios de Appelbaum y Grisso: comprensión de la información relevante; manipulación racional de esa información; comprensión de las consecuencias de cada alternativa y capacidad para tomar una decisión (Appelbaum y Grisso, 1988; Grisso y Appelbaum, 1998). A partir de ellos se ha diseñado una entrevista semiestructurada que permite evaluar la capacidad —*MacArthur Competent Assesment Test*— y que ha sido validada tanto para la población española como para la toma específica de decisiones médicas (Alvarez Marrodán *et al.*, 2014; Moraleda Barba *et al.*, 2015).

Sin embargo son muy pocos los estudios sobre la aplicación de estos criterios en menores de edad. Algunos autores acuñan respecto de los menores el concepto de “comprensión suficiente”, que depende de varios factores con gran incidencia en este grupo de población: la claridad de la comunicación, la complejidad de la

decisión, el estado emocional y el impacto del conflicto interpersonal (Reder y Fitzpatrick, 1998). Como se ha objetivado en varios estudios, en el caso de los menores no basta con valorar el componente cognitivo. Existen otros elementos que, si bien también deben de ser explorados en los adultos, tienen mayor influencia sobre los menores y su capacidad tales como el estado emocional, la presión externa del grupo o la familia, la cronicidad de la enfermedad, el contexto de la relación clínica —relación esporádica o relación de confianza— y el contexto de urgencia en el que se toma la decisión (Shaw, 2009; Esquerda, Pifarré y Gabaldón, 2009; Espejo, Miquel, Esquerda y Pifarré, 2011).

**TABLA 5.3. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD.
FACTORES DE RELEVANCIA EN LOS MENORES**
(MODIFICADA DE ESQUERDA, PIFARRÉ Y GABALDÓN, 2009)

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD	FACTORES CONTEXTUALES RELEVANTES EN LOS MENORES
<p style="text-align: center;">FACTORES COGNITIVOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprensión de la información relevante para tomar una decisión. 2. Apreciación de la situación (enfermedad, elección) y sus consecuencias. Significado de los datos para el paciente. 3. Razonamiento. Manipulación racional de la información. Procesos lógicos para comparar y sopesar beneficios y riesgos. 4. Capacidad para expresar una elección sobre el tratamiento. <div style="text-align: center; margin: 20px 0;">  </div> <p style="text-align: center;">ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA</p> <p style="text-align: center;">Mac-Arthur Competence Assessment* (MacCAT-T)</p>	<p style="text-align: center;">FACTORES DEPENDIENTES DEL MENOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado emocional: miedo, estrés, pánico, depresión. • Pensamiento mágico del adolescente. <p style="text-align: center;">FACTORES FAMILIARES O CULTURALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación familiar. • Presión externa, del grupo y/o de la familia. • Factores culturales que lleven a adoptar un "rol de adulto". <p style="text-align: center;">FACTORES SITUACIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación. • Contexto de urgencias. • Cronicidad de la patología. • Relación clínica esporádica o relación de confianza.

* Grisso, T. y Appelbaum, P.S. (1998). *Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals*. Nueva York: Oxford University Press.

Hasta aquí se han descrito los factores cognitivos y emocionales que permiten la valoración práctica de la capacidad. El segundo paso exige relacionar dicha

valoración con la complejidad y/o gravedad de la decisión clínica que se tiene que tomar, que viene definida mediante la ponderación de los beneficios, de los riesgos y de la existencia de otras alternativas posibles.

FIGURA 5.3. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE HECHO



Para establecer la relación entre la dificultad de la decisión y el nivel de capacidad requerido para ella se utiliza la escala móvil de Drane (Drane, 1999). En el nivel 1 se sitúan las decisiones sencillas tales como aceptar tratamientos efectivos de alto beneficio y bajo riesgo, para las que es suficiente un mínimo nivel de capacidad. El nivel 2 permite consentir o rechazar tratamientos de eficacia intermedia, para lo cual se requiere cumplir con criterios de capacidad más exigentes que en el nivel anterior. En la tercera categoría, nivel 3, se encuentran las decisiones complejas, que requieren una apreciación reflexiva y crítica de la enfermedad, y una cuidadosa valoración de las consecuencias. Esto ocurre en dos tipos de situaciones. La primera, aquella en la que un paciente acepta tratamientos de baja eficacia y alto riesgo. La segunda, en el caso de pacientes que rechazan intervenciones sencillas, eficaces y claramente beneficiosas para la salud, poniendo en riesgo su vida debido a que colisionan con sus valores o sus proyectos vitales. En ambos casos, el profesional tiene que estar seguro de que el paciente tiene el nivel de competencia necesario para ello (nivel 3).

Cuanto más complejas sean las decisiones, cuantas más variables haya que manejar y más graves las consecuencias, mayor será la capacidad que hay que tener para alcanzar el nivel que requiere la decisión. Al igual que ocurre con el adulto, el grado de desarrollo cognitivo y emocional exigible a un menor tiene que ser proporcional a la dificultad de la decisión que tiene que tomar.

A partir de los 12 años ya podrían asentir explícitamente a las opciones que se le proponen. Entre los 12 y los 16 suelen ser capaces de comprender su situación médica y las alternativas de tratamiento y pueden, en general, consentir o rechazar tratamientos de eficacia dudosa. Para rechazar tratamientos eficaces

o para tomar decisiones en ámbitos complejos —reproducción humana asistida, ensayos clínicos, otorgamiento de instrucciones previas, etc.— es necesaria la mayoría de edad, ya que requieren un alto nivel de capacidad que es difícil encontrar antes de esta edad (Esquerda, Pifarré y Viñas, 2010).

TABLA 5.4. ESCALA MÓVIL DE CAPACIDAD
(MODIFICADA DE J DRANE)

TIPO DE DECISIÓN	SENCILLA	MEDIA	COMPLEJA
	BAJO	MEDIO	ALTO
NIVEL DE COMPETENCIA NECESARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de la situación • Asentimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de la información • Realizar una elección tras evaluación cognitiva y emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Apreciación reflexiva y crítica de la enfermedad y las alternativas • Valoración de consecuencias • Decisión muy elaborada
PARA CONSENTIR	Tratamiento EFICAZ Alto beneficio Bajo riesgo	Beneficios y riesgos intermedios	
PARA RECHAZAR	Tratamiento INCIERTO	Beneficios y riesgos intermedios	Tratamiento EFICAZ Alto beneficio Bajo riesgo

5.4. EL EJERCICIO PRÁCTICO DE LA DELIBERACIÓN SOBRE LA CAPACIDAD DEL MENOR. CASOS CLÍNICOS

Plantear el tema de la madurez de manera dilemática —sí o no— es un grave error. Valorar la capacidad y grado de madurez que requiere una determinada decisión exige un análisis prudencial de cada caso y una deliberación que permita identificar los "pactos terapéuticos" que, en no pocas ocasiones, resuelven los conflictos y ayudan a generar la madurez que necesita el menor para elegir y para hacerse responsable de las consecuencias de lo elegido.

No se pueden tomar decisiones sobre algo si no se conoce aquello sobre lo que se decide. En el ámbito clínico significa conocer la patología, las alternativas que

existen para abordarla y los riesgos y beneficios que conlleva cada una de ellas. De aquí la forma metodológica de presentación y análisis de los casos, que siempre comienzan con una descripción clínica seguida de las alternativas diagnósticas y terapéuticas. A continuación se analiza la capacidad del menor en relación con la decisión a tomar —capacidad para qué— seguida del plan de actuación que inicia el profesional con el objetivo de respetar la autonomía, si es que es posible hacerlo, o bien de generar esa misma capacidad y madurez a través de un proceso que requiere tiempo y de un pacto terapéutico con el menor.

CASOS CLÍNICOS	ESTRUCTURA DE ANÁLISIS
<ul style="list-style-type: none"> • Sexualidad Caso 1. Anticoncepción • Enfermedad crónica Caso 2. Hemofilia A grave Caso 3. Diabetes mellitus tipo 1 Caso 4. Enfermedad celíaca • Enfermedad mortal Caso 5. Glioblastoma • Urgencia vital Caso 6. Fractura abierta de tibia y peroné 	<p>I. Resumen de los hechos clínicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patología • Alternativas terapéuticas • Pronóstico <p>II. Evaluación de la capacidad del menor</p> <p>III. Planificación de los pasos a seguir y /o del pacto terapéutico con el menor</p>



Caso 1. Sexualidad y adolescencia – Solicitud de anticoncepción postcoital

María José es una adolescente de 15 años que acude a la consulta de atención primaria porque quiere tomar “pastillas anticonceptivas”.

El fin de semana anterior, tras haber mantenido relaciones sexuales sin protección, acudió en la madrugada al servicio de urgencias pidiendo que se le dispensase la “pastilla poscoital”.

El médico que la atiende en urgencias la conoce porque María José ha acudido 3 veces en el último medio año con la misma demanda sanitaria. El profesional le explica, una vez más, que la anticoncepción de emergencia no es un método de anticoncepción habitual y que debe ser utilizada de manera esporádica. Tras una larga conversación establece un acuerdo con María José para que acuda a su médico de familia y planifique el método anticonceptivo más adecuado para ella.

María José estudia 3º de la ESO. Sale con un chico desde hace 6 meses. Dice que se encuentra bien en su grupo de amigos, que con frecuencia hacen botellón y que en el fin de semana bebe habitualmente 5 o 6 cervezas cada noche y que fuma "porros" de forma ocasional.

I. Hechos

La anticoncepción de emergencia (AE) o contracepción poscoital de emergencia hace referencia a los métodos anticonceptivos que, si se toman después del coito tras relaciones sexuales sin protección, pueden prevenir el embarazo.

Su mecanismo de actuación es el de impedir la ovulación. La eficacia de la anticoncepción de emergencia es alta (95%) cuando se toma dentro de las 24 horas siguientes al coito y disminuye con el paso del tiempo. El efecto secundario más común es la náusea. Otros efectos secundarios comunes, pero de menor frecuencia, son dolor abdominal, cansancio, cefalea y mareos que, por lo general, se resuelven en 24 horas

La Agencia Europea del Medicamento aprobó mediante resolución su dispensación sin receta en los países de la Unión Europea, autorización trasladada por la Agencia Española del Medicamento a nuestro país como "medicamento no sujeto a prescripción médica", dejando en manos de los farmacéuticos el uso racional y adecuado del medicamento (Guía práctica, 2009).

Es una de las causas más frecuentes de contacto esporádico de las adolescentes con el sistema sanitario, que acuden a urgencias bien por la hora en la que solicitan ayuda, bien porque no tienen la seguridad de ser atendidas a tiempo en su demanda en los centros de salud, o bien porque buscan soluciones rápidas, efectivas y anónimas.

II. Capacidad / Madurez

En este caso, a diferencia del resto de los casos que se analizarán más adelante, no se trata tanto de evaluar la capacidad para la toma de un fármaco cuyos efectos secundarios son tan exigüos que se dispensa sin necesidad de receta médica.

Desde el punto de vista estrictamente clínico la decisión es sencilla, y la capacidad requerida es mínima. Pero el profesional tiene un objetivo que trasciende el mero análisis de los riesgos biológicos.

La Medicina interviene en ámbitos fundamentales para cualquier persona: la vida, la muerte, la salud, la enfermedad, la sexualidad, la reproducción.

Estos dos últimos tienen un matiz especial durante la adolescencia, de ahí que siendo con toda probabilidad el primer contacto con el sistema sanitario sea preciso incidir en varios aspectos:

- Detectar la posibilidad de abusos o agresiones sexuales.
- Detectar la posibilidad de relaciones no consentidas o abusivas.
- Ayudar en el ámbito de la anticoncepción y de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Intentar que el adolescente se plantee una actividad sexual saludable y responsable, si bien este objetivo no le corresponde sólo al sistema sanitario, sino que es interdependiente de todo el sistema social.

III. Planificación / Pacto terapéutico

De aquí el pacto del médico de urgencias con María José para que deje de solicitar un medio de anticoncepción que no debe ser utilizado de manera habitual y acuda al centro de salud, lugar donde se planificará con ella el mejor método y el más adecuado a su actividad sexual y a su grado de maduración biológica, de fácil realización y reversible.

Para promover su autodeterminación, y sabiendo también que María José consume alcohol todos los fines de semana, conviene no dejar este tema de lado y trabajarlo más adelante mediante la entrevista motivacional, herramienta clínica específica, adaptada a la adolescencia.

Será ella misma quien identifique sus conductas de riesgo y quien explore los problemas asociados —emocionales, rendimiento escolar, conflictos sociales y/o familiares, etc.— (Ruiz, 2009).

El objetivo es lograr una adolescente madura, capaz de tomar decisiones propias y responsables. También reforzar sus deseos y proyectos vitales, entregarle herramientas de trabajo y apoyar con ello la autoeficacia. "Ver/identificar" lo que ocurre, "analizar" mediante una reflexión crítica, "actuar" para modificar la realidad (salud sexual, consumo de alcohol, etc.) y "evaluar" el resultado obtenido son los pasos del proceso si entendemos a la adolescente como actora de su propio desarrollo personal.



Caso 2. Vivir con y decidir sobre la enfermedad crónica – Hemofilia A grave

Carlos es un paciente de 15 años afecto de hemofilia A grave (factor VIII <1%, con hemartros –hemorragia intrarticular– de repetición en el tobillo derecho en el último año. Hasta el momento actual los episodios agudos de sangrado se han tratado con FVIII recombinante a demanda.

Como la hemofilia es grave se propone un tratamiento preventivo regular que disminuya los sangrados intrarticulares y evite el deterioro de la articulación. El tratamiento consiste en la administración de FVIII 3 días por semana y una dosis extra siempre que presente dolor en la articulación. Se adiestra al paciente y a sus padres para la autoadministración en su domicilio.

La otra alternativa terapéutica es mantener el tratamiento actual, a demanda en los episodios de sangrado. En este caso, la evolución a medio-largo plazo sería peor por la aparición de una artrosis precoz, lesión del cartílago articular y probable necesidad de una intervención quirúrgica con escasas opciones curativas al tratarse de la articulación del tobillo.

El paciente participa en torneos de ajedrez a los que ya acude con la federación y sin la compañía de su familia. Rechaza el tratamiento propuesto porque no quiere viajar continuamente a los torneos con el factor VIII en una nevera portátil ni llevar a cabo la autoadministración delante de sus compañeros de torneo. Sus padres apoyan la profilaxis aun a costa, si fuese necesario, de que su hijo deje de acudir a los torneos.

I. Hechos

Todo sangrado produce una serie de reacciones en el organismo que ayudan a la formación de los coágulos de sangre. Este proceso se denomina cascada de la coagulación y requiere unas proteínas especiales llamadas factores de coagulación o coagulantes.

La hemofilia A es una enfermedad hereditaria causada por la incapacidad del cuerpo para producir uno de esos factores, el factor VIII, en cantidad suficiente. También puede ocurrir que se produzca el factor pero que su funcionamiento sea deficiente.

Como consecuencia se altera la cascada de la coagulación, que se hace mucho más prolongada y da como resultado un coágulo inestable.

Los pacientes afectados por hemofilia A pueden tener hemorragias en cualquier zona, pero los sitios más comunes son las articulaciones (rodillas, tobillos, codos), músculos y aparato digestivo. Si la enfermedad es leve las hemorragias sólo aparecen tras una intervención quirúrgica o graves traumatismos, pero si es grave las hemorragias se producen de forma espontánea, una o dos veces por semana.

El tratamiento consiste en reemplazar el factor de coagulación. La cantidad de concentrados del factor VIII que se necesita depende de la gravedad, del lugar del sangrado y de la talla del paciente. En el caso de Carlos es imprescindible un tratamiento preventivo que, como se ha señalado, evite el deterioro de la articulación.

II. Capacidad / Madurez

No hay duda de que el paciente comprende la información, pero no es capaz de valorar adecuadamente los riesgos. No es tanto una cuestión cognitiva cuanto emocional de negación de las consecuencias. Afirma que "no es seguro que desarrolle una artrosis y que en todo caso conoce a otros hemofílicos que han solucionado sus problemas mediante una prótesis", cuando ninguna de las dos afirmaciones se corresponde con la realidad. No es capaz de apreciar el significado de los riesgos y sus consecuencias (ver capítulo 2, epígrafe 2.2.1. Conocimiento y experiencia).

Por otra parte está rechazando un tratamiento de alto beneficio y bajo riesgo, es decir un tratamiento de alta eficacia y prácticamente sin efectos secundarios que permite resolver su problema clínico, problema que no es menor.

Para poder rechazar un tratamiento de tan alta eficacia tendría que demostrar un alto nivel de capacidad, nivel que Carlos no tiene respecto de su problema de salud. Esto ya facultaría a los padres para tomar la decisión por su hijo que no es, en este momento y para esta decisión, un menor maduro.

III. Planificación / Pacto terapéutico

Si el objetivo es que sea el menor quien adquiera la madurez para decidir, es decir, potenciar la autonomía del menor para que pueda hacerse cargo de una decisión que afecta a su proyecto de vida y a su salud, será necesario generar las condiciones que lo hagan factible. Probablemente algo más de tiempo y un buen proceso de apoyo que revierta su negación y que le ayude a manejar sus miedos e inseguridades, puede conducir a que sea el propio paciente quien asuma la realidad y elija de acuerdo a ella.

El equipo clínico del Servicio de Hematología plantea llevar a cabo una serie de acciones en este sentido:

- Solicita valoración y apoyo por parte del Servicio de Psicología.
- Realiza una consulta conjunta con el Servicio de Traumatología para explicarle a Carlos lo que significa una artrosis de tobillo a su edad y la baja eficacia de las prótesis.
- Busca una vía intermedia de actuación para resolver el conflicto en este momento. Los torneos son mensuales y al ser una actividad sedentaria no suponen, en principio, un factor de riesgo de hemartros. Los fines de semana que tenga competiciones de ajedrez se realizará la profilaxis lunes, miércoles y viernes. El acuerdo es que Carlos se lleve dos dosis adicionales del factor VIII que se administrará únicamente en caso de presentar dolor. En tres meses se evaluará si ha cumplido con esta parte del acuerdo.



Caso 3. Vivir con y decidir sobre la enfermedad crónica –Diabetes mellitus tipo 1

Mario tiene 16 años. Cursa 1º de Bachillerato con buen expediente académico. Es un chico responsable y deportista. Padece de diabetes mellitus tipo 1 diagnosticada a la edad de 5 años.

Su desarrollo antropométrico es normal. Buen control glucémico, con hemoglobina glicosilada < de 6,5% en los controles de los 2 últimos años. Mario es el responsable del control de glucemias –nivel de glucosa en sangre– e insulina. El seguimiento se realiza por el Servicio de Endocrinología de su hospital de referencia y los controles habituales en el centro de salud.

Cuando acude a la consulta para la revisión de los resultados se encuentra un nivel de hemoglobina glicosilada elevada (8%). El paciente refiere desajustes en el fin de semana. Explica que no se quiere poner insulina los fines de semana por el riesgo de hipoglucemias –bajadas del nivel de azúcar en sangre– cuando consume alcohol.

Le cuenta al médico de atención primaria que desde el verano sale con una chica de 17 años que le gusta mucho y que a veces toman alguna cerveza. Por primera vez tiene la sensación de no ser diferente de los demás chicos de su edad. No quiere que la diabetes le “fastidie” esta relación. Añade que el resto de la semana intentará cuidarse lo más posible. Tampoco quiere que se comente nada con sus padres; es un asunto suyo ya que es él quien controla su azúcar.

I. Hechos

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1), anteriormente conocida como “diabetes juvenil” o “diabetes insulino dependiente”, es una enfermedad metabólica, de carácter autoinmune, en la que el páncreas produce muy poca insulina o directamente no la produce. La insulina es una hormona necesaria para permitir que el azúcar (glucosa) ingrese a las células para producir energía.

Afecta preferentemente a niños y jóvenes. A pesar de la intensa investigación la DM1 no tiene cura. El tratamiento se centra en controlar los niveles de azúcar en sangre con insulina, mediante la dieta y el estilo de vida para prevenir complicaciones. Los objetivos a largo plazo del tratamiento son prolongar la vida, reducir los síntomas y prevenir la ceguera, insuficiencia renal, cardiopatía y/o amputación de extremidades. Estos objetivos se logran a través de un cuidadoso autocontrol de los niveles de azúcar en sangre, ejercicio físico, autoadministración de insulina, planificación de las comidas y control del peso.

Habitualmente el control de la glucemia se realiza verificando el contenido de glucosa de una pequeña gota de sangre. Los exámenes se hacen generalmente antes de las comidas y a la hora de dormir. A estos controles diarios se suma la revisión de los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) cada 3 meses. La HbA1c es una medida del contenido promedio de glucosa en la sangre durante los últimos 2 a 3 meses, de gran ayuda para determinar cómo está funcionando el tratamiento.

El alcohol altera los niveles de glucosa en sangre y aumenta el riesgo de hipoglucemia. Es importante conocer la cantidad de carbohidratos de cada bebida, ya que puede variar según el tipo de alcohol y la mezcla, y supervisar los niveles de glucosa antes, durante y después de tomar una bebida alcohólica.

En resumen, la DMI es una enfermedad metabólica grave y crónica que requiere por parte del paciente un control continuado, unos hábitos saludables de vida y un aprendizaje específico sobre cómo manejar un sinnúmero de situaciones diarias. Su diagnóstico supone un gran impacto para el individuo ya que la diabetes pasa a formar parte de su identidad. Las investigaciones en el ámbito de la Psicología señalan la importancia de atender a los factores que suelen afectar la calidad de vida de los niños tales como el impacto propio del diagnóstico, las exigencias que impone el tratamiento, las reacciones emocionales negativas, la incertidumbre sobre posibles complicaciones futuras, el temor a las consecuencias físicas, cognitivas o motoras de las hipoglucemias, la frustración ante los altibajos glucémicos inexplicables, el seguimiento diario del régimen

médico con las consiguientes restricciones en el estilo de vida —planificación alimentaria, inyecciones de insulina, análisis o ejercicio físico—, etc.

Los estudios señalan que los jóvenes con DM1 poseen mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos, especialmente depresión, ansiedad y trastornos de conducta. El constante estrés de mantener un control glucémico adecuado puede producir trastornos psicológicos originados en la persistencia del desajuste emocional, lo que les impide hacer frente a su enfermedad de forma adaptativa. Durante la adolescencia es frecuente el deterioro de la autoimagen y la autoestima, así como los trastornos de la conducta alimentaria (Gómez-Rico, Pérez-Marín y Montoya-Castilla, 2015).

II. Capacidad / Madurez

Mario padece DM1 desde los 5 años. Comprende la información relevante necesaria para tomar una decisión: conoce bien la enfermedad, sabe mantener un control adecuado y sabe cuáles son las consecuencias de un mal control glucémico. Aprecia con claridad la situación en la que está y es capaz de tomar una decisión que mantiene en el tiempo tras exponer de manera “razonable” las causas de su elección.

Maneja racionalmente la información y participa plenamente en la toma de decisiones. Sopesa beneficios y riesgos, evidentemente desde su proyecto vital. Entiende que puede intentar minimizar los riesgos —hipoglucemias tras la ingesta de alcohol los fines de semana— siguiendo unas pautas específicas señaladas por su endocrino, y está dispuesto a hacerlo por asumir unos hábitos que le permitan no perder una relación de pareja que le interesa personalmente, ni tampoco la percepción de igualdad respecto del resto de los jóvenes de su edad. Tampoco se evidencian signos de ansiedad ni trastornos de la conducta. Mario es un menor maduro desde el punto de vista cognitivo y emocional.

La decisión de ingerir alcohol en sus condiciones requiere un alto nivel de competencia. Las consecuencias para su enfermedad de un mal control metabólico son graves, si bien se pueden mitigar con el seguimiento de una serie de indicaciones del endocrinólogo. Ha mantenido hasta hace unos meses un excelente autocontrol de su glucemia, por lo que es probable que aprenda cómo controlar las hipoglucemias en relación a la ingesta de alcohol.

III. Planificación / Pacto terapéutico

Se propone un pacto terapéutico que pase por los siguientes puntos:

- Control glucémico quincenal. Por una parte permite monitorizar las consecuencias de la ingesta de alcohol los fines de semana. Por la otra puede, de forma indirecta, poner sobre aviso a los padres y ver cómo se les puede involucrar. Una disminución del apoyo e implicación de los padres en el manejo de la diabetes y la temprana responsabilidad de su manejo por parte de los adolescentes suele determinar una disminución del cumplimiento terapéutico.
- Adelantar la consulta con el endocrinólogo para recibir información más precisa y especializada sobre las hipoglucemias en relación con la ingesta de alcohol: sus consecuencias y cómo evitarlo.
- Contactar con el grupo de apoyo del área sanitaria para adolescentes con diabetes que mejore su ajuste emocional ante la nueva situación y el miedo a perder su relación amorosa.

En definitiva, se considera a Mario con el nivel de capacidad suficiente para tomar esta decisión, pero el objetivo de los profesionales es conseguir un control glucémico satisfactorio y una conducta saludable en los fines de semana al tiempo que se respeta su autonomía. No se puede obviar que estamos ante un caso de conducta de riesgo, con posibles y graves consecuencias vitales, en un paciente adolescente.

Se evaluarán los resultados a los 3 meses a la espera de que las medidas señaladas provoquen la necesaria implicación familiar, el conocimiento de la enfermedad por parte su pareja, la promoción de una ingesta de alcohol lo más moderada posible y la educación en la prevención de hipoglucemias producidas por el alcohol.



Caso 4. Vivir con y decidir sobre la enfermedad crónica – Sospecha de enfermedad celíaca

María tiene 15 años. Acude al médico refiriendo dolor abdominal tras las comidas, períodos de diarreas prolongados en el tiempo y digestiones pesadas.

No tiene antecedentes clínicos reseñables. Consume de alcohol los fines de semana –botellón–, llegando en alguna ocasión a la intoxicación aguda. Consumo esporádico de cannabis. La exploración clínica es normal, incluido la abdominal. Analítica normal, excepto el hemograma, con datos indicadores de anemia y marcadores celíacos en suero elevados [AC anti-transglutaminasa >200 y anti-endomisio 1/640].

Se deriva a la paciente al gastroenterólogo que indica la realización de una gastroscopia con toma de biopsia duodenal distal para confirmar el diagnóstico. María rechaza la realización de la prueba. Se le explica las consecuencias de padecer una enfermedad celíaca, a lo que responde que para evitarlas sólo tiene que retirar el gluten de su dieta. "Si hago una dieta sin gluten y desaparecen los síntomas, entonces ¿para qué tengo que someterme a la endoscopia?"

Ante la negativa reiterada el profesional propone, mientras tanto, realizar un estudio genético. María dice que se lo pensará, si bien no parece muy convencida. Mientras tanto, sus padres presionan con insistencia para que María se haga la endoscopia.

I. Hechos

La enfermedad celiaca o celiacuría es un trastorno sistémico —afectación de múltiples órganos y sistemas— de base inmunológica, causado por la ingesta de gluten y otras proteínas afines, que afecta a individuos genéticamente susceptibles.

La sintomatología es diversa, variando de paciente en paciente y de su situación fisiológica. Los más habituales son pérdida de peso, pérdida de apetito, fatiga, náuseas, vómitos, diarrea, distensión abdominal, pérdida de masa muscular, retraso del crecimiento, alteraciones del carácter (irritabilidad, apatía, introversión, tristeza), dolores abdominales, meteorismo, anemia por déficit de hierro resistente al tratamiento, etc.

Comprende además un conjunto de síntomas y signos extradigestivos derivados en gran medida de la malabsorción de micronutrientes, sustancias que en pequeñas cantidades son esenciales para la vida, como las vitaminas, los minerales y los oligoelementos.

Su diagnóstico se realiza mediante tres pruebas: marcadores séricos, test genéticos y biopsia intestinal duoyeyunal. Los marcadores —anticuerpos producidos por el organismo frente a determinados péptidos inmundominantes producidos durante la digestión de la gliadina en la submucosa intestinal— son una prueba importante, aunque no siempre resulta positiva en personas celíacas. En el caso de María los marcadores séricos son positivos, lo que indica la conveniencia de validar el diagnóstico mediante una segunda prueba confirmatoria.

El estudio genético consiste en la determinación de los heterodímeros HLA DQ2 o DQ8. Tiene un alto valor predictivo negativo, es decir, permite excluir la enfermedad celíaca con un 99% de certeza.

La biopsia intestinal (duoyeyunal) es la herramienta decisiva para establecer el diagnóstico. Se trata de la prueba confirmatoria y es importante que este procedimiento se lleve a cabo sin haber retirado con anterioridad el gluten de la dieta. El resultado de este estudio permite confirmar la existencia de lesiones en el intestino delgado compatibles con la enfermedad celíaca. Es una prueba invasiva pero no dolorosa, ya que se somete a sedación al paciente. Consiste en introducir un endoscopio, un tubo flexible, por la boca y recoger unas muestras intestinales para analizar. El proceso puede durar entre 30 y 45 minutos.

La confirmación del diagnóstico de enfermedad celíaca se basa en una combinación de hallazgos de la historia clínica, el examen físico, la serología y la endoscopia alta con toma de biopsias múltiples del duodeno. La biopsia de confirmación ante una clínica y serología sugestivas de enfermedad celíaca, asegura un diagnóstico correcto antes de iniciar una dieta sin gluten para toda la vida.

II. Capacidad / Madurez

Estamos ante una adolescente con hábitos poco saludables incorporados a su rutina de los fines de semana, y que en una consulta por síntomas gastrointestinales inespecíficos, que parecía banal, se encuentra frente a la posibilidad de padecer un trastorno sistémico que requiere una prueba diagnóstica confirmatoria de carácter invasivo.

María comprende el problema médico, el procedimiento diagnóstico propuesto y las alternativas. Como rechaza la endoscopia se puede realizar un estudio genético, pero todo ello tiene que ser manejado por el gastroenterólogo, consulta a la que no quiere acudir. Por otra parte rechaza un medio diagnóstico eficaz, de alto beneficio y bajo riesgo, si bien de carácter invasivo y en una situación en la que las consecuencias para su salud pueden ser mitigadas con una dieta sin gluten.

No hay duda de la comprensión cognitiva del problema por parte de María, pero sí de que evalúe correctamente lo que significa una dieta sin gluten para toda la vida y de las consecuencias personales, sociales, e incluso económicas que eso supone. Esto hace dudar de que tenga el nivel de capacidad requerido para esta decisión.

Ahora bien, como la endoscopia es una prueba invasiva y como no existe riesgo vital para María, ni los padres ni los profesionales se consideran legitimados para llevarla a cabo en contra de su voluntad.

III. Plan de actuación / Pacto terapéutico

El médico de atención primaria establece el siguiente plan de actuación:

- Reforzar la información y la importancia de confirmar el diagnóstico. Explicar que llevar a cabo una dieta sin gluten para toda la vida, sin tener una confirmación diagnóstica, no es algo tan sencillo como parece. Las deficiencias nutricionales deberán de ser corregidas mediante la administración de sales férricas, magnesio, zinc, ác. fólico, calcio, vit D o B12, fermentos pancreáticos, leche sin lactosa los tres primeros meses. Tendría que ser revisada trimestralmente y en función de la evolución se harían los ajustes pertinentes.
- Trabajar la relación con los padres de María para que entiendan por qué no podemos realizar una prueba invasiva en contra de la voluntad de María, y también para que den tiempo y soporte emocional a su hija.
- Citar de nuevo a María, dándole tiempo para que asimile la realidad que tiene que enfrentar. Si se mantiene la negativa a la endoscopia, plantear un estudio genético. Si el estudio es negativo, permitiría excluir la patología con un 99% de nivel de certeza.
- Mientras tanto ir objetivando con la adolescente el grado de adherencia a las recomendaciones dietéticas, reforzando en cada visita la importancia de su cumplimiento mientras no tengamos datos diagnósticos concluyentes.



Caso 5. El afrontamiento de enfermedades graves con riesgo de muerte – Glioblastoma

Maite tiene 13 años. Hija única, responsable, inteligente y muy buena estudiante. A comienzos del curso escolar acude a la consulta con su pediatra refiriendo cefaleas —dolores de cabeza—, por lo que se indica un antiinflamatorio y vigilancia. A los 15 días acude a urgencias por aumento de la cefalea y gran inestabilidad en la marcha. Se realiza un TC (tomografía computarizada) que objetiva una masa de bordes irregulares que afecta al cerebelo. Para confirmar el diagnóstico se pide una RM (resonancia magnética). Las imágenes son compatibles con un glioblastoma.

Se informa a los padres del diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas de la enfermedad, así como del tiempo aproximado de supervivencia. Insisten en que no se informe ni se hable con su hija. Se deja un espacio de tiempo para que los padres asimilen la situación y se les comenta que, dado el pronóstico, hay que ir hablando con ella de forma progresiva y con la ayuda del psicólogo. La comunicación permitirá conocer a su hija, ayudarla e ir respondiendo a sus continuas y constantes preguntas.

El psicólogo considera que la paciente es emocionalmente muy estable y poco ansiosa. Se inicia un proceso gradual de comunicación —explicación de su enfermedad, posibilidades de tratamiento, complicaciones, efectos secundarios, etc.—, se evalúa cómo la procesa y se mantiene apoyo psicológico continuo. De forma paralela se proporciona apoyo emocional a toda la familia. Las posibilidades iniciales de actuación son tres: abordaje quirúrgico, tratamiento con quimioterapia y radioterapia combinada o abordaje paliativo de los síntomas. Dada la complejidad del abordaje quirúrgico en este caso —glioma difuso del tronco del encéfalo— y la alta probabilidad de mortalidad intraoperatoria y/o de graves complicaciones como la tetraparesia —parálisis de brazos y piernas—, el equipo de Neurocirugía contraindica la intervención. Se propone como alternativa la combinación de radioterapia y quimioterapia.

Maite acepta esta propuesta, pero sus padres quieren que sea operada e insisten en ello.

I. Hechos

El glioblastoma multiforme infantil es una neoplasia muy agresiva, con una supervivencia media de 10 meses tras el diagnóstico.

El cuadro clínico de los pacientes es variado dependiendo de la localización del tumor. Los signos clínicos son secundarios a la hipertensión intracraneal (cefalea, náuseas, vómitos, alteraciones del estado de alerta) o a la afectación locorregional (crisis convulsivas, déficits neurológicos, alteraciones en las funciones mentales superiores, etc.) producida por la compresión del tumor y el edema que genera.

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) son la base del diagnóstico, y con ello del tratamiento, planificación quirúrgica y seguimiento. La TC se puede obtener en el servicio de urgencias y proporciona, de forma rápida, datos sobre la presencia o ausencia de tumor, el tamaño del mismo, la forma y densidad tumoral y su localización. La RM permite confirmar el diagnóstico.

Las alternativas terapéuticas son las siguientes:

- a) Cirugía citorreductora + radioterapia (RT) + quimioterapia (QT). La cirugía reduce el volumen tumoral e incrementa la ulterior eficacia de la RT y QT. La supervivencia estimada es de 8-10 meses. En este caso, dada la localización del tumor, el neurocirujano desestima la intervención por el alto riesgo de secuelas y de mortalidad quirúrgica intraoperatoria.
- b) Radioterapia + quimioterapia, valorando la respuesta. Se estima una supervivencia de 6-8 meses.
- c) Biopsia + quimioterapia "dirigida" + radioterapia. Se realiza una biopsia para identificar el tipo de glioblastoma —proneural, neural, clásico y mesenquimal— en función de las alteraciones moleculares. Se oferta quimioterapia, aún experimental, dirigida hacia el tipo específico de glioblastoma. La paciente entraría en un ensayo clínico cuyos resultados iniciales todavía no son concluyentes, si bien parecen mejorar algo la supervivencia. Tendría que trasladarse a uno de los tres centros de referencia (Madrid, Barcelona, Valencia) que manejan el ensayo a nivel nacional.
- d) Tratamiento sintomático paliativo.

II. Capacidad / Madurez

Las investigaciones actuales coinciden en señalar que hay tres factores que inciden directamente en la vivencia de la enfermedad y la muerte en la infancia y adolescencia: la etapa de desarrollo psíquico en que se encuentra el menor, la interacción con el entorno —amigos, familia— y la interpretación personal que hace de sus experiencias, en parte dependientes de su historia previa con estos temas (Die-Trill, 2003).

El fuerte apoyo que reciben los niños y adolescentes por parte de los padres y de su red social cuando se les diagnostica un cáncer opera como un potente factor de protección que conduce a un mejor funcionamiento psicológico, tal vez porque amortigua el impacto emocional y les ayuda a soportar grandes dosis de estrés, y a hacerse emocionalmente más fuertes (Die-Trill, 2003).

Maite es una adolescente enfrentada a una enfermedad con pronóstico de vida letal en un corto período de tiempo. Ha sido proactiva preguntando acerca de lo que le ocurre y, en particular, sobre los síntomas y dificultades con las que se encontrará a medida que ésta avance. El equipo ha facilitado que exprese sus miedos y temores, lo que ha generado en ella una cierta tranquilidad y sensación

de apoyo. La actitud y los recursos psicológicos de Maite también han permitido manejar de forma positiva la conspiración de silencio que los padres querían mantener sobre su hija.

En este caso es la menor la que se enfrenta cognitivamente y emocionalmente de forma adaptativa a la situación, siendo capaz de rechazar la alternativa —cirugía— a la que los padres quisieran someterla. Pese a su corta edad, el abordaje comunicativo que ha realizado el equipo y su apoyo profesional le ha servido para poner en marcha recursos con los que afrontar el dolor, la tristeza, los temores y las pérdidas progresivas que le ocasiona la enfermedad. Es una menor a la que esta situación ha conferido mayor madurez vital.

III. Planificación / Pacto terapéutico

La dificultad en este caso no es la madurez de la menor, sino trabajar con Maite el sentimiento de responsabilidad que tiene respecto de la fase de negación en la que se encuentran sus padres. Lo paradigmático de este caso es mostrar que hay ocasiones en las que los adolescentes pueden ser más maduros que sus padres, quienes enfrentados a la gravedad de la enfermedad e incluso a la pérdida de un hijo, no son capaces de manejar la fase de negación en el escaso tiempo que tienen para ello.

Conseguir una progresiva aceptación de la pérdida por parte de sus padres es fundamental para todos, y permitirá la elección entre las alternativas que mejor respeten sus deseos y valores sin perder de vista que el papel de Maite como menor madura debe ser central en el proceso del final de su vida (Escudero y Simón, 2011).



Caso 6. Situaciones de urgencia – Fractura abierta de tibia y peroné

Jorge tiene 15 años. Ingresa en urgencias tras sufrir un accidente de tráfico. Presenta contusiones múltiples en cara y brazos, y una fractura abierta de tibia y peroné.

Tras la primera evaluación se plantea una intervención quirúrgica urgente para tratar la fractura abierta. No se descarta la posibilidad de tener que amputar debido a la grave afectación ósea, de partes blandas y de las estructuras vasculonerviosas.

Se habla con el paciente y con sus padres sobre la situación clínica y su posible evolución. Se explican con detenimiento las actuaciones a seguir en las fracturas abiertas de tibia y peroné causadas por alta energía y la preocupación por la cianosis —coloración azulada de la piel— distal. Se pide arteriografía por sospecha de lesión vascular asociada.

A pesar de la presencia continua de sus padres en el box de urgencias y de las explicaciones sencillas y continuadas que los profesionales le van dando sobre los hallazgos clínicos, Jorge está muy asustado. Entiende que es necesario intervenir pero rechaza la amputación en el caso de que fuese necesaria. No quiere ni oír hablar de esa posibilidad y repite "que una vida con una prótesis le convertiría en un minusválido" y que no quiere vivir de esa manera.

I. Hechos

La fractura de tibia y peroné producida tras golpes de gran impacto cinético es una de las lesiones más temidas en los conductores de motocicletas debido a su gravedad y al largo tiempo de recuperación que requieren.

Jorge presenta una fractura abierta grado IIIb, caracterizada por una extensa lesión de las partes blandas, desvitalización del periostio —membrana que recubre la parte externa de los huesos y le aporta los nutrientes—, exposición del hueso al exterior y una extensa contaminación de la herida. A pesar de los avances en el tratamiento de las fracturas abiertas, éstas siguen siendo un desafío incluso en los centros de Traumatología más especializados. El equipo realiza una evaluación inicial de la extremidad lesionada, un minucioso examen de las partes blandas y una estabilización precoz de las lesiones esqueléticas.

La amputación está indicada en el paciente que presente una fractura abierta de grado IIIb con un pie insensible, lo que indica graves lesiones vasculonerviosas. La decisión sobre la amputación es de relevancia. Tan importante es conseguir salvar la extremidad como no prolongar innecesariamente una extremidad insalvable a costa de una gran morbilidad y mortalidad para el paciente.

II. Capacidad / Madurez

Jorge comprende la información, el problema médico y el tratamiento propuesto, pero no quiere ni oír hablar de una posible amputación, si es que fuese necesaria. Para rechazar un tratamiento como éste, de alta eficacia pese a los riesgos asociados, y más en un contexto de riesgo vital, el paciente tendría que tener un

alto nivel de capacidad cognitiva, con una clara comprensión de que la consecuencia de rechazar una amputación indicada conlleva la muerte por gangrena de la extremidad afectada.

Como se desarrolla ampliamente en el segundo capítulo de este libro (ver capítulo 2, epígrafe 2.2.3. Los factores socioemocionales), el sistema cognitivo y el sistema socioemocional tienen ritmos de maduración distintos. La adolescencia es el momento en el que el desequilibrio entre ambos sistemas es mayor. La maduración cognitiva se realiza antes que la emocional, lo que explica las dificultades de los adolescentes para controlar las conductas impulsivas.

Por ello son tan relevantes en este caso los factores contextuales: situación de urgencia tras accidente de ciclomotor y con la posibilidad de tener que llegar hasta la amputación, que conducen al adolescente a comportamientos irreflexivos, con gran carga emocional, sin que tengan demasiado efecto los argumentos de índole racional aportados por personas expertas.

III. Planificación / Pacto terapéutico

Si bien en este caso serán los padres de Jorge quienes otorguen el consentimiento tanto para la exploración quirúrgica como para la posible amputación, ello no significa ignorar al adolescente. En el corto período de tiempo del que disponemos para intervenir hay que intentar:

- Un apoyo psicológico que permita manejar los miedos de Jorge.
- La búsqueda y presentación de soluciones creativas respecto de su vida posterior tras la amputación.

5.5. CONCLUSIONES

Según Aristóteles existen varios tipos de ciencias. Las teóricas, como la Matemática o la Física, generan un conocimiento científico o demostrativo, usan un lenguaje apodíptico y utilizan métodos inductivos y deductivos, o sea, demostrativos. A diferencia de las anteriores, las prácticas como la Medicina, la Ética o el Derecho utilizan un lenguaje dialéctico y su método es el deliberativo. La dialéctica es la expresión del diálogo, de la opinión, del intercambio de razones y argumentos. Con la deliberación no se busca la verdad o certeza sino la prudencia. La *prhónesis* —prudencia— es la inteligencia práctica que sopesa las diferentes maneras en las que es posible actuar frente a una situación específica y pondera qué curso de acción es el más indicado, la mejor manera de actuar en ese caso concreto (Aristóteles).

Pese a haber sido formulado hace más de 2.000 años, el método deliberativo sigue teniendo vigencia. En la segunda parte de este capítulo se ha querido mostrar que la teoría del menor maduro, cuyo marco teórico en el ámbito de la Medicina se desarrolla en la primera parte, no puede aplicarse de manera apodíptica sino prudencial y deliberativa. Ello exige valorar cada caso de manera individual y elegir los cursos de acción que permitan resolver los conflictos de valores —respeto a la autonomía *versus* protección de la vida y la salud del menor— lesionando lo menos posible cada uno de ellos.

Ni la edad como factor aislado, ni la determinación de la capacidad o incapacidad son, por sí solos, elementos que indiquen de forma apodíptica cuál es la mejor forma de actuar, si bien es cierto que nos ubican en un escenario completamente diferente respecto de las actuaciones posteriores. En el caso 5 —glioblastoma— estamos ante una menor de 13 años que ha sido considerada capaz; en el caso 2 —hemofilia grave— el adolescente tiene 14 años y lo hemos considerado incapaz. En los casos 6 —fractura de tibia y peroné— y 2 —hemofilia grave— nos encontramos ante dos adolescentes incapaces, pero como el riesgo vital que conllevaría la aceptación de su rechazo al tratamiento es distinto, los cursos de acción también lo son. La urgencia vital del caso 6 obliga a intervenir, sin poder aceptar el rechazo del menor, mientras que el caso 2 permite encontrar alternativas para no lesionar gravemente la salud del adolescente y respetar sus deseos mientras sea posible.

Y es que pese a las dificultades que supone introducir el valor de la autonomía del menor en la relación clínica, no hay duda de que hacerlo de manera prudencial, deliberativa y bien argumentada ayuda a la protección del menor mucho más que si no contásemos con ella y, en el mejor de los casos, a potenciar dicha autonomía en un ámbito tan complejo como es el de su vida y su salud.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez Marrodán, I.; Baón Pérez, B.; Navío Acosta, M.; López-Antón, R.; Lobo Escolar, E. y Ventura Faci, T. (2014). "Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento". *Med Clin (Barc)*, 143(5): 201-204.

Appelbaum, P.S. y Grisso, T. (1988). "Assessing patients' capacities to consent to treatment". *N Engl J Med*, 319: 1635-1638.

Aristóteles (1989). *Ética a Nicómaco*. Traducción de Julián Marías y María Araujo. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales: 36-38.

Arroba, M.L.; Dago, R. y Manzarbeitia, P. (2010). "Entrevista clínica en pediatría: teoría y práctica". *Rev Pediatr Aten Primaria*, 12 (supl.19): s263-s270.

Borrell, F. (2003). *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SemFYC Ediciones.

Couceiro, A. (2005). "Dinámica de la decisión clínica". *JANO, Medicina y Humanidades*, 1581: 86-88.

Couceiro, A. (2007). "La relación clínica en las sociedades democráticas". *Bioética y Debat*, 4: 17-21.

Couceiro, A. (2012). "La relación clínica: historia, modelos, instrumentos y retos". En: Beca, J. y Astete C. (editores). *Bioética clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo: 145-159.

Couceiro, A. (2014). "La influencia del consentimiento informado en la práctica clínica". *JULGAR*: 139-156.

Die-Trill, M.(2003). "El niño y el adolescente con cáncer". En: M. Die-Trill (editor). *Psico-Oncología*. Madrid: Ediciones Ades: 86-101.

Drane, J.F. (1999). "Las múltiples caras de la competencia". En: Couceiro, A. (ed.) *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela: 163-176.

Enmanuel, E. y Enmanuel, L. (1999). "Cuatro modelos de la relación médico paciente". En: Couceiro, A. (editora). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela: 95-108 (Version en español de Enmanuel, E. y Enmanuel, L. (1992). "Four models of the physician-patient relationship". *J Am Med Assoc*, 267: 2221-6.

Escudero, M. y Simón, P. (coordinadores) (2011). *El final de la vida en la infancia y adolescencia: aspectos éticos y jurídicos en la atención sanitaria*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

Espejo, M.; Miquel, E.; Esquerda, M. y J Pifarré, J. (2011). "Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida". *Med Clin (Barc)*, 136(1): 26-30.

Esquerda, M.; Pifarré, J. y Gabaldón, S. (2009). "Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad". *FMC*, 16(9): 547-553.

Esquerda, M.; Pifarré, J. y Viñas, J. (2010). "El menor maduro: madurez cognitiva, psicosocial y autonomía moral". En: De los Reyes, M. y Sánchez Jacob, M. (editores). *Bioética y Pediatría*. Madrid: Editorial Ergon: 359-365.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge Mass: Harvard University Press [Trad al castellano: Gilligan, C (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica].

Gómez-Rico, I.; Pérez-Marín, M. y Montoya-Castilla, I (2015). "Diabetes mellitus tipo I: breve revisión de los factores psicológicos asociados". *An Pediatr (Barc)*, 82(1): 143-146.

Gracia, D. (1989). "Los cambios en la relación médico enfermo". *Med Clin(Barc)*, 93: 100-102.

Gracia, D. (1999). "La práctica de la Medicina". En: Couceiro, A. (editora). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela: 93-106.

Gracia, R. (2011). "La entrevista clínica con adolescentes". *XIII Jornadas de Pediatría en Atención Primaria*. Vitoria-Gasteiz, noviembre de 2001.

Grisso, T. y Appelbaum, P.S.(1998). *Assesing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals*. New York: Oxford University Press.

Guía práctica de actuación en la dispensación de la píldora postcoital o anticoncepción de urgencia (2009). *Farmacéuticos comunitarios*, 1(3): 106-112.

Laín, P. (2003). *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela (2ª ed.).

Lázaro, J. y Gracia, D. (2006). "La relación médico-enfermo a lo largo de la historia". *An Sist Sanit Navar*, 29(supl.3): 7-17.

Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE* núm 274, de 15 de noviembre de 2002: 40126-40132.

McCabe, M.A. y Wheithorn, L.A. (1996). "Involving children and adolescent in medical decisión making: developmental and clinical considerations". *J Ped Psychol*, 21(4): 505-516.

Mira, J.J. y Rodríguez-Marín, J. (2001). "Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables". *Med Clin (Barc)*, 116: 104-110.

Moraleda Barba, S.; Ballesta Rodríguez, M.I.; Delgado Quero, A.L.; Lietor Villanos, N.; Moreno Corredor, N. y Delgado Rodríguez, M. (2015). "Adaptación y validación

al español del cuestionario Aidto Capacity Evaluation (ACE) para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas". *Atención Primaria*, 47(3): 149-157.

Noll, R.B. y Kupst, M.J. (2007). "The psychological impact of pediatric cancer hardiness, the exception or the rule?" *J Pediatr Psychol*, 32(9): 1089-98.

Pérez-Cárceles, M.D.; Pereñíguez, J.E.; Oseuna, E.; Pérez-Flórez, D. y Luna, A. (2006). "Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction?" *J Med Ethics*, 32: 329-334.

Pérez, M.D.; Pérez, J.E.; Pérez, D.; Osuna, E. y Luna, A. (2007). "Actitudes de los médicos de familia hacia los derechos de los pacientes". *Aten Primaria*, 39(1): 23-28.

Reder, P. y Fitzpatrick, G. (1998). "What is sufficient understanding?" *Clin Child Psychol Psychiatr*, 3: 103-13.

Rest, J. (1979). *Development in judging moral issues*. USA: University of Minnesota Press.

Rodríguez, L. (2013). "Entrevista clínica al adolescente". *Pediatr Integral XVII*(2): 128-132.

Rodríguez, J. y Epstein, R. (2003). "¿Qué estilo de consulta debería de emplear con mi pacientes?: Reflexiones prácticas sobre la relación médico paciente". *Aten Primaria* 2003; 32(10): 594-602.

Ruiz, P.J. (2009). "Dos herramientas para entrevistar adolescentes: la entrevista motivacional y el consejo sociosanitario participativo". *Revista Pediatría de Atención Primaria*, XI(41): 155-159.

Ruiz Moral, R. (2011). "La participación del paciente en la toma de decisiones: cuestiones controvertidas y una propuesta integradora y práctica". *FMC*, 18(4): 205-11.

Shaw, M. (2001). "Competence and consent to treatment in children and adolescent". *Adv Psychiatric Treat*, 7: 150-159.

Siegler, M. (1997). "La relación médico paciente en la era de la medicina de gestión". En: AAVV. *Limitación de prestaciones sanitarias*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud / Doce Calles: 44-64.

Simón, P. (2006). Diez mitos en torno al consentimiento informado. *An Sist Sanit Navar*, 29(supl.3):29-40.

Simón, P. y Barrio, I. (2010). "Estadios y evolución de la conciencia moral para tomar decisiones sobre la propia salud: de la Bioética al Bioderecho". En: De los Reyes, M. y Sánchez Jacob, M. (editores). *Bioética y Pediatría*. Madrid: Editorial Ergon: 39-48.

Simon, P. y Júdez, J. (2001). "Consentimiento informado". *Med Clin (Barc)*, 117: 99-106.

Simón Lorda, P.; Rodríguez Salvador, J.J.; Martínez Maroto, A.; López Pisad, R. y Júdez Gutiérrez, J. (2001). "La capacidad de los pacientes para tomar decisiones". *Med Clin (Barc)*, 117: 419-426.

Agradecimientos

A los alumnos del I Plan Estratégico de Formación en Bioética Sanitaria. Secretaría Xeral Técnica de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia. Por su ayuda en la deliberación de los casos clínicos presentados.

A Begoña Lejona, bibliotecaria del hospital de Basurto, por su ayuda en la búsqueda bibliográfica.

A Mabel Marijuan, iniciadora e impulsora de este proyecto.

EL MENOR MADURO

CINCO APROXIMACIONES A UN PERFIL POLIÉDRICO

Centro
Reina Sofía
sobre adolescencia
y juventud

| fad

 Santander

Telefónica