

Los grupos de compañeros son relativamente informales en los primeros años de la niñez media. Los crean los niños, cuentan con muy pocas reglas operativas y la rotación de la membresía es rápida. Es verdad que muchas de las actividades del grupo, como jugar o andar en bicicleta, se llevan a cabo siguiendo reglas exactas. Pero la estructura del grupo muestra gran flexibilidad.

El grupo cobra mayor importancia para sus integrantes cuando llegan a la edad de 10 a 12 años. La conformidad con las normas del grupo se vuelve sumamente importante y la presión de los compañeros se vuelve más eficaz. El grupo también desarrolla una estructura más formal: puede establecer requisitos especiales de pertenencia, juntas de club y ritos de iniciación. En esta época también es muy perceptible la separación de los sexos. Los grupos están ahora compuestos casi de manera invariable por personas del mismo sexo; y los grupos mixtos tienen intereses, actividades y estilos diferentes de interacción (Maccoby, 1990). Las actitudes estrictas ante las reglas, la conformidad y la separación de los sexos no suelen disminuir sino hasta la mitad de la adolescencia.

Formación de los grupos Los niños conviven de modo constante en la escuela, los campamentos y el barrio. Los grupos se forman con rapidez y en su interior nace la diferenciación de roles, al mismo tiempo que toman lugar valores e intereses comunes. Se observan influencias y expectativas recíprocas, y empieza a surgir el sentido de tradición. Se trata de un proceso casi universal en todas las culturas.

La investigación clásica sobre la formación de grupos de compañeros en un campamento de verano para niños de quinto grado indicó que se forman con rapidez y que adquieren valores y normas comunes; los niños incluso daban nombre a sus grupos. Algo muy importante: cuando los grupos competían entre sí, nacieron pronto sentimientos de exclusividad y hostilidad. Cuando más tarde se les pidió cooperar, la hostilidad disminuyó de manera considerable (Sherif y Sherif, 1953; Sherif y otros, 1961). Tales hallazgos caracterizan la forma en que se crean y compiten los grupos en la escuela, los acontecimientos atléticos y las rivalidades vecinales o étnicas.



Se forman grupos de compañeros siempre que se juntan niños con valores, intereses y objetivos comunes.

Estatus en el seno del grupo Si observamos a los niños de edad escolar en el tiempo libre —digamos en la comida o durante un receso—, veremos cómo se desarrollan los roles dentro de los grupos. A una niña la rodean niños ansiosos de captar su atención. Otra permanece aislada, ignorada por todos. Tres niños pasan corriendo y gritando. Un fortachón toma el juguete de un niño más pequeño y éste comienza a llorar. Escenas como las anteriores ocurren en todas partes donde hay niños.

En cada grupo hay unos miembros que son populares y otros no. Además de los factores explicados en el capítulo 8, la aceptación de los compañeros a menudo guarda relación con el ajuste global del individuo: entusiasmo y participación activa, habilidades de cooperación y apertura a las oportunidades de socialización. Esta “sincronización” suele ser reforzada por el efecto que tiene en la autoestima y en la seguridad social. El ajuste de los niños simpáticos se fortalece con su popularidad; los niños ineptos se sienten aún más incómodos cuando el grupo los ignora o los rechaza (Glidewell y otros, 1966).

El desempeño académico y las cualidades atléticas también influyen en la popularidad. Por lo regular, los niños populares son más brillantes que los niños promedio y tienen un buen desempeño en la escuela. Los alumnos de lento aprendizaje son objeto de burlas o simplemente se les ignora. Las cualidades atléticas son muy importantes en ambientes como campamentos y patios de juego, donde el grupo de compañeros participa en deportes.

La retroalimentación de los profesores influye en la aceptación entre los compañeros. En un estudio (White y Kistner, 1992), un grupo de niños de primero y segundo grados vieron la filmación de un niño problema (un actor) rechazado por sus compañeros. Los comentarios positivos que el profesor hizo acerca del niño cuando terminó la proyección los estimuló a cambiar su opinión negativa. En conclusión, al aceptar a los niños problema —pero no su *conducta* incorrecta— los profesores pueden influir en el estatus del grupo de compañeros.

La popularidad se ve afectada por una agresividad y una timidez extremas. A nadie le gustan los niños bravucones, de ahí que se rechace a los que son abiertamente agresivos. Éstos pueden volverse más agresivos aún por la frustración o porque quieren conseguir por la fuerza lo que no pueden obtener mediante la persuasión. Por su parte, el niño tímido y lleno de ansiedad corre el peligro de convertirse en víctima permanente y de ser hostilizado no sólo por los bravucones sino hasta por los niños no agresivos (Dodge y otros, 1990; Newcomb y otros, 1993; Perry y otros, 1990). Los niños tímidos muestran además poca conducta prosocial y el rechazo les causa gran sufrimiento. Suelen ser más solitarios y preocuparse más por la relación con sus compañeros que el niño agresivo a quien rechazan sus compañeros (Parkhurst y Asher, 1992).

El estatus en el grupo incide en la opinión que el niño tiene de sí mismo. En una investigación (Crick y Ladd, 1993), los investigadores evaluaron los sentimientos de soledad, ansiedad y evitación social que se registraron en un grupo de niños de tercer y quinto grados. Se descubrió que lo que sientan los niños respecto de sí mismos y el hecho de que se culpen o culpen a otros de lo que les ocurre depende de sus experiencias con los compañeros. Los niños rechazados dijeron sentir más soledad y se mostraron más proclives a culpar a los demás por las relaciones insatisfactorias que los niños que eran bien aceptados entre los miembros del grupo. Los niños impopulares presentan a menudo rasgos que los distinguen de sus condiscípulos: obesidad, piel del color “equivocado” y hasta un nombre raro (como se comenta en el recuadro “Teorías y hechos” de la página siguiente). Esas características pueden reducir su adhesión a las normas del grupo.



La conformidad con una compañera es una conducta normal y, a menudo, deseable.

Conformidad con el grupo de compañeros ¿Qué tan fuerte es la presión de acatar las normas del grupo? Aceptarlas puede ser una conducta normal, sana

TEORÍAS Y HECHOS

APODOS

¿Recuerda los buenos tiempos de la escuela primaria cuando todos lo llamaban con cualquier nombre menos el que le impusieron sus padres? Habrá tenido mucha suerte si lo llamaban con sobrenombres como “Jefe”, “Entrenador” o “As”, o tal vez tuvo la mala suerte de que lo llamaran “Dumbo”, “Cuatrojos” o “Puerco”. Tales nombres tal vez les parezcan divertidos a los adultos, pero son un auténtico martirio para el niño. Los apodosos les enseñan a los niños sobre el estatus social, la amistad y la moral.

Para comprender mejor la importancia de los apodosos, Rom Harré y sus colegas (1980) encuestaron a miles de adolescentes y adultos en Estados Unidos, Gran Bretaña, España, México, Japón y las naciones árabes. Descubrieron que los niños de cinco a 15 años se crean un mundo aparte y secreto en el que los apodosos cumplen una función trascendente en ellos. Una de las razones principales por las que se los ponen

es separar el “nosotros” del “ellos”. Se piensa que no vale la pena ocuparse de quienes no tienen un apodo. Los niños que no tienen un sobrenombre suelen ser impopulares y mantenerse aislados del resto del grupo. Como observan Harré y sus colegas (1980): “Tener un apodo equivale a poseer un atributo que nos hace merecedores de la atención social, aun cuando sea negativo. Por tanto, quizá sea mejor que nos llamen ‘Cerdo’ que simplemente Juan.” En otras palabras, un mal apodo es preferible a no tener ninguno.

Los líderes del grupo usan a los “Panzas” y “Tontines” para mostrar lo que los miembros no deben ser. Son un anuncio ambulante de la violación de las normas. Mediante apodosos los niños proclaman lo que es aceptable o inaceptable para la sociedad. Cualquier conducta, estilo o rasgo físico que no cumplen con las normas sociales pueden convertirse en fuente de apodosos. Así, cuando los niños llaman a sus compañeros “Tacaño”, “Pecas” o “Mocos”, nos indican que tienen normas interioriza-

das de los adultos sobre la pulcritud y el aspecto físico.

Por desgracia, los apodosos pueden causar mucho sufrimiento. Pero los niños son a menudo víctimas voluntarias: “No es necesariamente el más gordo, el más tonto ni el más sucio al que llaman ‘Hipopótamo’ o ‘Garra’, sino al que está dispuesto a soportar la humillación de ser el símbolo de la avaricia infantil, de la imprevisión y de la aversión al baño” (Harré, 1980).

Los niños no emplean los apodosos de la misma manera en las diferentes culturas. Apodosos como “Tullido” o “Trespas”, con los que se burlan de deformidades físicas, son mucho más comunes en los países árabes que en Inglaterra o Japón. Los niños japoneses prefieren utilizar analogías de animales e insectos. Sin embargo, en cualquier cultura parece que los apodosos ayudan al niño a construir la realidad social que lleva consigo hasta la adultez. ¿Qué contiene un nombre? En el caso de los apodosos, mucho más de lo que parece a simple vista.

y, a menudo, deseable. En su conducta diaria, los niños se adhieren a las normas del grupo y también a las expectativas de los adultos. Pero en ocasiones esta adhesión puede ser excesiva, aun cuando no ayuden al niño, ni al grupo ni a la sociedad en general.

Los niños muy conformistas presentan algunas características comunes. Muestran sentimientos de inferioridad y poca “fortaleza del ego” (Hartup, 1970a; Rubin y Coplan, 1992). Suelen ser más dependientes o exteriorizar mayor ansiedad que otros niños, y son muy sensibles a las sugerencias sociales relacionadas con la conducta. Tienden a *autosupervisar* con mucho rigor lo que hacen y dicen. Les preocupa mucho la impresión que dan a la gente y siempre están comparándose con sus compañeros.

Desde luego, las presiones de los compañeros pueden ser positivas y negativas. Las investigaciones han demostrado, entre otras cosas, que la influencia del grupo de compañeros puede estimular la motivación académica. Cuando se estudió la formación de los grupos en los grados cuarto y quinto se observó que solían estar integrados por alumnos con una motivación escolar semejante (Kindermann, 1993). Así, el grupo de compañeros favorece el éxito académico y el aprendizaje, pues sus miembros se identifican unos con otros. Hay mayores probabilidades de que los niños se conformen a la presión de sus compañeros cuando ésta es positiva que cuando se relaciona con conductas como robar, ingerir bebidas alcohólicas o consumir drogas. Cuando se refiere a actos antisociales, los varones están más propensos a ceder que las mujeres (Brown y otros,



Los grupos de compañeros tienen algunos miembros que son populares y otros que no lo son.

1986). Los niños sin supervisión después de las clases se someten más a la presión antisocial de sus compañeros que aquellos que cuentan con la supervisión de personas adultas (Steinberg, 1986).

La conformidad resulta particularmente significativa al final de la niñez media, cuando el niño comienza a dejar la seguridad de la vida familiar. El preadolescente suele tener una fuerte necesidad de pertenencia, de sentirse aceptado y formar parte de un grupo. Estas necesidades se acompañan de una necesidad igualmente fuerte de autonomía y dominio. Los niños ejercen cierto control sobre sus ambientes social y físico para entender las reglas y los límites, y para encontrar un sitio dentro de tales límites. Así pues, participan en forma muy activa en el establecimiento de reglas y de rituales de aprendizaje.

Por desgracia, los compañeros a veces generan una conformidad que se manifiesta en prejuicios contra quienes son diferentes. En la sección final del capítulo veremos cómo nace el prejuicio en la niñez media, con el acento puesto en el surgimiento del prejuicio racial.

Los incluidos, los excluidos y el prejuicio

El **prejuicio** es una actitud negativa contra las personas por pertenecer a un grupo y se define con criterios raciales, religiosos o étnicos o con algún otro atributo perceptible. Supone la existencia de *personas incluidas* —individuos convencidos de que poseen las características deseables— y de *personas excluidas* —individuos que son diferentes e indeseables. La **discriminación** significa obrar bajo el impulso del prejuicio; por ejemplo, negarse a contratar a integrantes de determinado grupo racial o étnico.

La conciencia racial comienza a aparecer durante la etapa preescolar. Del mismo modo que el niño identifica que es su género, un pequeño afroamericano se percató también de que se distingue de los de raza blanca por tener la piel más oscura y otras diferencias físicas. Así como una pequeña se da cuenta de que su cuerpo es distinto al de un niño antes de comprender lo que significa ser mujer en la sociedad estadounidense, un niño de raza negra aprende que es diferente de los de raza blanca antes de entender lo que significa ser afroamericano. Por tanto, primero advierte que su aspecto no es igual al de ellos y, luego, que la diferencia puede hacer que lo rechacen o puede esgrimirse en su contra. Lo mismo sucede a un niño blanco en un ambiente con predominio de raza negra. Lo que no entiende es *por qué* la raza o el grupo étnico originan la discriminación racial. Contestar esa pregunta puede ser una tarea de toda la vida (Spencer, 1988).

Para entender el significado de las diferencias de grupo y lo que significa pertenecer a uno es necesaria la cognición social, la cual a su vez se basa en el desarrollo cognoscitivo. Así, un niño cuyo pensamiento es egocéntrico todavía y que sólo puede concentrarse en una sola dimensión a un tiempo supone que quienes se parecen en una dimensión (digamos el color de la piel) deben parecerse también en otras. Con el tiempo aprende a ver a las personas como multidimensionales. En un experimento con niños canadienses de habla inglesa y francesa (Doyle y otros, 1988), los investigadores descubrieron que los niños de mayor edad presentaban actitudes más flexibles ante los miembros del otro grupo lingüístico. La probabilidad de que se atribuyesen características negativas a los miembros de otros grupos era menor entre los niños que dominaban el pensamiento de las operaciones concretas que en los que todavía se hallaban en la etapa preoperacional. No obstante, otros investigadores comprobaron que el nivel de desarrollo cognoscitivo no guarda relación directa con el conocimiento de la propia identidad racial o la étnica (Ocampo y otros, 1997).

La mayor capacidad de percibir la multidimensionalidad de los individuos se anula ante la fuerte tendencia del escolar de mayor edad a adherirse a las normas del grupo y a rechazar a quienes se diferencian de él en alguna forma.

prejuicio Actitud negativa que se forma sin una razón suficiente y que en general se dirige contra las personas por su pertenencia a cierto grupo.

discriminación Tratar a otros en forma prejudiciada.

En un estudio efectuado en una ciudad californiana donde 50 por ciento de la población escolar estaba constituida por afroamericanos y el otro 50 por ciento por niños de raza blanca se descubrió que era menos probable que los niños mayores tuviesen un amigo de la otra raza. Las amistades interraciales disminuían de modo constante entre el cuarto y el séptimo grados. Los investigadores llegaron a la conclusión de que, al ir creciendo el niño, la similitud se convierte en un criterio cada vez más decisivo de la amistad.

A veces, otros miembros del grupo ejercen presión para que no se den las amistades con integrantes de un grupo distinto (Hallinan y Teixeira, 1987). La presión se ejerce por igual sobre niños de razas blanca y negra. Los afroamericanos que entablan amistad con los blancos pueden sentir la presión de abandonarlos porque están siendo “desleales” a su raza (Schofield, 1981). En fechas recientes se ha comprobado que a veces se considera desleales a los niños negros que tienen éxito en la escuela. Pueden ser hostilizados por sus compañeros y quedar excluidos de las actividades de grupo (Reuter News Service, 1993).

La conciencia racial es un problema importante en la niñez media. El niño asimila las actitudes culturales de quienes lo rodean. A cambio de aceptar las normas de su sociedad, debe asegurarse que pertenece a un grupo más grande y poderoso. Pero los progenitores afroamericanos han tenido que adaptarse a una cultura mayoritaria que no los recompensa igual que a los blancos. Se espera que inculquen a sus hijos los valores de una sociedad que los estima poco. Por supuesto los niños perciben este conflicto que influye en sus actitudes frente a la sociedad.

La situación se agrava con la presión de los compañeros. A menudo los grupos minoritarios poseen normas que difieren mucho de las de los grupos blancos de clase media. Un niño afroamericano que crezca en un ambiente urbano empobrecido pertenecerá a una cultura diferente de la mayoría de los blancos o de los negros de clase media. El grado de aceptación que los niños afroamericanos reciben de la sociedad en general con frecuencia depende de su capacidad para adaptarse a las normas. Cuando los niños de las minorías se juntan con miembros de su grupo racial o étnico, su ajuste se facilita durante la niñez media. La pertenencia a un grupo mejora su autoestima y aumenta la solidaridad hacia los incluidos y la hostilidad hacia los excluidos. Pero llega el momento en que los niños de las minorías han de encarar el problema de integrar su autoconcepto a la imagen que la sociedad tiene de ellos; esto puede ocasionar conflicto, ansiedad o enojo a cualquier edad.

REPASE Y APLIQUE

1. Explique la importancia de la amistad durante la niñez media.
2. Explique las tendencias del desarrollo en los grupos de compañeros y algunas características de la formación de estos grupos.
3. Exponga algunos de los problemas que el niño enfrenta a causa del prejuicio y la discriminación. ¿Por qué es tan importante la conciencia racial durante la niñez media?

RESUMEN

Desarrollo de la personalidad en un mundo social en expansión

- Freud describió la niñez media como un periodo de latencia en la que los niños pueden canalizar su ener-

gía emocional hacia las relaciones con los compañeros, a actividades creativas y al aprendizaje.

- Erikson propuso que lo esencial de la niñez media es el conflicto de laboriosidad frente a inferioridad.

- Piaget y Kohlberg se concentraron en la adquisición del autoconcepto y la moral.
- La teoría del aprendizaje social ha hecho grandes aportaciones al conocimiento de cómo se adquieren algunas conductas en los contextos de la familia y el grupo de compañeros.
- En la niñez media el niño se forja imágenes cada vez más estables de su persona y su autoconcepto se vuelve más realista.
- Conforme va creciendo, el niño se forma una imagen más compleja de las características físicas, intelectuales y de su personalidad y la de los otros.
- La autoestima indica el hecho de verse a uno mismo bajo una luz positiva o negativa. Durante el periodo escolar guarda estrecha correlación con el aprovechamiento académico.

Conocimiento y razonamiento social

- Un aspecto fundamental de la socialización durante la niñez media es la cognición social: pensamientos, conocimientos y comprensión que pertenecen al mundo del yo en las interacciones sociales con otros.
- Un componente básico de la cognición social es la inferencia, o sea, las conjeturas y suposiciones sobre lo que otra persona siente, piensa o desea.
- Otros componentes de la cognición social son el conocimiento de la responsabilidad y la comprensión de normas sociales como las costumbres y las convenciones.
- Según Piaget, el sentido moral de los niños se desarrolla en dos etapas: en la etapa del realismo moral (primeros años de la niñez media), los niños piensan que es necesario obedecer todas las reglas. En la etapa del relativismo moral, se dan cuenta de que las reglas pueden cambiarse cuando sea necesario.
- Kohlberg definió tres niveles generales de razonamiento moral: nivel preconventional, convencional y posconventional, cada uno de los cuales se subdivide, a su vez, en dos etapas (consulte el diagrama de estudio de la página 318).
- Los críticos han atacado la teoría de Kohlberg por su absolutismo moral: señalan que prescinde de algunas diferencias culturales muy importantes. También lo critican porque su teoría evalúa las actitudes morales, no la conducta.
- Gilligan considera que hay dos tipos fundamentales de razonamiento moral: uno que se basa principalmente en el concepto de justicia; el otro, en las relaciones humanas y en el interés por los demás. La primera teoría caracteriza al pensamiento masculino y la segunda es más frecuente en el de la mujer.
- En opinión de Eisenberg, son muchos los factores que intervienen en el juicio moral, entre éstos las

costumbres sociales de la cultura en la que se cría el niño y su estado de ánimo en un momento dado.

Influencias permanentes de la familia

- En el periodo de instrucción primaria, los padres se interesan menos por impulsar la autonomía y fijar rutinas diarias y más por los hábitos de trabajo y el aprovechamiento académico de sus hijos.
- Una meta esencial de la crianza consiste en mejorar la conducta autorregulada del niño.
- Según Maccoby, el niño se adapta de manera óptima cuando sus padres favorecen la correulación, es decir, cuando paulatinamente van generando la cooperación y comparten la responsabilidad en provisión de la adolescencia.
- En las últimas décadas se ha vuelto común la crianza a cargo de un solo progenitor. Más de tres cuartas partes de las madres estadounidenses de hijos en edad escolar trabajan fuera de casa. Estas tendencias han elevado el nivel general de estrés que sufren los progenitores y sus hijos.
- Las familias adaptables y cohesivas, con patrones de comunicación abierta y con buenas habilidades para resolver problemas están en mejores condiciones de sobrellevar las situaciones estresantes.
- Los niños resistentes logran desarrollarse bien incluso en un ambiente desfavorable. La mayoría de ellos adquieren un apego seguro con un progenitor o abuelo durante el primer año de vida; si esa persona se ausenta, encontrarán a otra que les brinde apoyo emocional.
- Los niños que crecen en una familia pobre de un solo progenitor corren muchos riesgos: bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, cambio frecuente de domicilio, comidas demasiado frugales y poco nutritivas, falta de atención médica. Estos problemas afectan su salud psicológica y su desarrollo intelectual.
- Algunas veces el apoyo social ayuda a las familias de un solo progenitor a romper el círculo vicioso de mala situación económica, depresión de la madre y los efectos psicológicos que esto tiene en el niño.
- Los hijos de padres divorciados se sienten tristes, confundidos, enojados o ansiosos. A veces se deprimen o se comportan mal en casa o en la escuela. Muchos se culpan del divorcio de sus padres.
- Las relaciones con los progenitores cambian durante un divorcio y después. A veces, el niño se vuelve rebelde y discute todo; y en la adolescencia puede desvincularse afectivamente de los padres.
- Entre los factores más importantes que determinan la reacción de los niños ante el divorcio figuran la hostilidad que acompaña al divorcio, el cambio real en la vida del niño y la índole de su relación con sus padres.

- Inmediatamente después del divorcio se alteran de modo considerable la vida diaria de los niños y su comprensión del mundo social.
- Para muchos hijos de divorciados las segundas nupcias de su progenitor representan otro ajuste difícil.
- El maltrato del niño son el daño físico o el psicológico que le inflige intencionalmente un adulto.
- El maltrato físico a menudo se da a manos de los padres. El abuso sexual de las niñas pequeñas no suele cometerlo el padre. A diferencia del abuso sexual, del que las niñas son las víctimas más frecuentes, los varones sufren con mayor frecuencia el maltrato físico; los niños de corta edad sufren lesiones más serias que los mayores.
- El maltrato puede tener efectos a largo plazo en el bienestar emocional del niño, en su autoestima y en su capacidad para confiar en la gente. Le resulta más difícil controlar sus emociones y su conducta; además, suele tener menor competencia social que el resto de los niños.
- Hay tres explicaciones teóricas al maltrato. El modelo psiquiátrico se concentra en la personalidad y los antecedentes de los progenitores. El modelo sociológico hace hincapié en la función de una cultura de violencia, en la pobreza y en el desempleo y el aislamiento social que agobian a las familias. Las explicaciones situacionales resaltan las interacciones entre los miembros de la familia, incluido el rol del niño que recibe maltrato.

Relaciones con los compañeros y competencia social

- Selman describe cuatro etapas de la amistad. En la primera, un amigo es sólo un compañero de juegos; en la segunda, comienza a aparecer la conciencia de los sentimientos de otras personas; en la tercera, los amigos son personas que se ayudan y que confían unas en otras; en la cuarta, el niño puede ver una relación desde el punto de vista del otro.
- Las amistades ayudan a que el niño aprenda conceptos y habilidades sociales, a que adquiera autoestima; estructuran las actividades; fortalecen las normas, las actitudes y los valores del grupo; y constituyen el trasfondo de la competencia individual y colectiva.
- Los patrones de la amistad cambian durante la niñez: el “mejor” amigo aparece en la niñez media y las amistades en el grupo son cada vez más comunes en los años posteriores. Aunque algunas amistades duran toda la vida, la mayoría se modifica por diversas razones: cambios de domicilio o de

escuela, cultivo de nuevos intereses o una simple separación.

- El grupo de compañeros muestra bastante estabilidad y permanece unido; sus miembros interactúan regularmente y comparten valores.
- Al inicio de la niñez media, los grupos de compañeros son relativamente informales. En los años posteriores, la conformidad con las normas del grupo cobra suma importancia y las presiones del grupo se vuelven mucho más eficaces.
- Los grupos tienen algunos miembros populares y a otros que no lo son tanto. La aceptación de los compañeros a menudo se relaciona con el ajuste global del individuo: entusiasmo y participación activa, capacidad para cooperar y responsividad a las oportunidades de socialización.
- La popularidad se ve influida por la agresividad y la timidez extremas.
- El estatus en el grupo repercute en la opinión que el niño tiene de sí mismo. Los niños rechazados dicen sentirse muy solos y suelen culpar a otros de sus relaciones insatisfactorias.
- En ocasiones, el niño muestra una conformidad excesiva con las normas del grupo. Suele tener sentimientos de inferioridad y un ego poco fuerte; parece más dependiente y ansioso que los otros.
- La conformidad adquiere especial importancia al final de la niñez media. El preadolescente casi siempre experimenta una gran necesidad de pertenencia, de sentirse aceptado y de formar parte de un grupo.
- El prejuicio es tener actitudes negativas contra las personas por su pertenencia a un grupo en particular. La discriminación consiste en obrar a partir del prejuicio.
- A semejanza de la conciencia de género, la conciencia racial comienza a surgir en el periodo preescolar. Sin embargo, para comprender lo que significan las diferencias de grupo y pertenecer a uno es necesaria la cognición social, la cual, a su vez, depende del desarrollo cognoscitivo.
- La conciencia racial es un problema importante durante la niñez media. En Estados Unidos se espera que los progenitores afroamericanos inculquen a sus hijos los valores de una sociedad que los estima poco, lo cual produce un conflicto que influye en las actitudes de los niños hacia la sociedad.
- La pertenencia a un grupo suele mejorar la autoestima de los niños de las minorías y facilitar su ajuste durante la niñez media.

CONCEPTOS BÁSICOS

laboriosidad frente a inferioridad
autoestima
cognición social
inferencia social
responsabilidad social
normas sociales
realismo moral

relativismo moral
absolutismo moral
conducta autorregulada
corregulación
niños resistentes
familias reconstituidas o mezcladas
maltrato del niño

grupo de compañeros
prejuicio
discriminación

UTILICE LO QUE APRENDIÓ

Para bien o para mal, los grupos de compañeros influyen profundamente en la vida del niño durante la instrucción primaria. Algunas veces los adultos estructuran las experiencias del grupo de compañeros: equipos deportivos organizados, clubes, excursiones y lecciones en grupo como las prácticas para miembros de la banda escolar o la gimnasia. Otras experiencias tienen lugar sin la supervisión de ellos.

Piense en sus experiencias con los compañeros de primaria. ¿Cuáles fueron algunas de las habilidades, valores y “lecciones” más positivas que aprendió de sus amigos y del grupo de compañeros? ¿Hubo circuns-

tancias identificables que promovieron esos beneficios? ¿Dificultaron los adultos esas ventajas, contribuyeron a obtenerlas o fueron simplemente irrelevantes?

¿Qué experiencias negativas se asociaron a las influencias de los compañeros? ¿Qué circunstancias moldearon esas experiencias? ¿Cómo podrían haberse evitado y prevenido? ¿Tuvo alguno de sus condiscípulos interacciones sumamente negativas con los compañeros? Quizá los ridiculizaron o los incitaron al desorden. ¿En qué forma podrían haberse evitado algunas de esas experiencias?

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

BILLINGS, G. L. (1994). *The dreamkeepers: Successful teachers of African American children*. San Francisco: Jossey-Bass. Libro hermosamente escrito y muy optimista sobre la vida y las experiencias de ocho profesores exitosos que inculcaron a sus alumnos la esperanza y la pasión por el descubrimiento.

DUNN, J. (1985). *Sisters and brothers*. Cambridge, MA: Harvard University Press. En una revisión desafiante de la literatura, Dunn examina la intensidad de la relación entre hermanos conforme ésta avanza a lo largo de la niñez y hasta la adultez.

GARBARINO, J., DUBROW, N., KOSTELNY, K. Y PARDO, C. (1992). *Children in danger: Coping with the consequences of community violence*. San Francisco: Jossey-Bass, 1992. Varios especialistas en el desarrollo del niño analizan los efectos de crecer en las “zonas de guerra” de algunos barrios pobres, como los de Washington, D.C., Chicago y Los Ángeles, y recomiendan lo que puede hacerse al respecto.

KAGEN, S. Y WEISSBOURD, B. (Eds.) (1994). *Putting families first: America's family support movement and the challenge of change*. San Francisco: Jossey Bass. Selección a la vez erudita y rica de artículos dedicados a la evolución de las prácticas de apoyo familiar y con ideas creativas para el futuro.

KOZOL, J. (1988). *Rachel and her children: Homeless families in America*. Nueva York: Crown. Documento muy ameno sobre la vida en los márgenes de la sociedad.

MILLER, A. (1997). *Breaking down the wall of silence: The liberating experience of facing painful truth*. Nueva York: Plume. El autor explora las causas y los efectos del maltrato del niño, con el acento puesto en las razones por las que la sociedad oculta a menudo la verdad y en cómo podemos romper el círculo vicioso.

SELIGMAN, M. E. P., RELVICH, K., JAYCOX, L. Y GILL-HAM, J. (1995). *The optimistic child*. Boston: Houghton Mifflin. Basándose en el interesante Penn Depression

Prevention Project, el psicólogo Martin Seligman y sus colegas ofrecen directrices muy útiles para los padres sobre cómo criar niños mentalmente sanos y flexibles.

WALLERSTEIN, J. S. Y KELLY, J. B. (1996). *Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce*.

Nueva York: Basic Books. Este fascinante libro se basa en un estudio de la forma en que el niño y el progenitor se adaptan durante los cinco años que siguen al divorcio. Muestra, en especial, cómo afecta al niño lo que sucede antes y después del divorcio.

10

Adolescencia: desarrollos físico y cognoscitivo

CAPÍTULO



TEMARIO

La adolescencia en nuestros días

El ajuste al desarrollo físico

Crecimiento y cambios físicos

Pubertad

El ajuste a la imagen corporal

Actitudes y conducta sexuales

La "revolución" sexual

Homosexualidad

Masturbación

Diferencias de género en la expresión de la sexualidad

Factores que influyen en las relaciones sexuales tempranas

Abuso sexual contra los adolescentes

Paternidad en los adolescentes

Cambios cognoscitivos en la adolescencia

Pensamiento abstracto

Procesamiento de la información y el desarrollo cognoscitivo del adolescente

Cambios en el alcance y el contenido del pensamiento

Investigación en Hispanoamérica

Los patrones familiares de conducta como factores de riesgo en las adicciones juveniles

Patricia Martínez Lanz / Alejandro Montiel / María Paula Sánchez
Universidad Anáhuac

El presente estudio examinó a 90 alumnos de preparatoria a fin de encontrar una relación entre sus propios hábitos de consumo de sustancias y sus patrones familiares, así como el uso de sustancias por parte de los padres o por personas conocidas de su medio social. El análisis de los resultados obtenidos arroja que el uso de sustancias por parte de los padres tiene influencia en el uso de sustancias por parte de los adolescentes, pero no como un factor único y determinante. El consumo de tabaco por parte de los padres influye directamente en el consumo de éste por parte del joven. Se encontró que los patrones familiares deficientes del adolescente son un factor de riesgo para el uso de sustancias, especialmente si hay una relación conflictiva entre él y sus padres, relaciones conflictivas entre sus padres y el nivel socioeconómico de la familia. Además, se encuentra que hay una fuerte relación entre el medio social en el que se desenvuelve el adolescente y su tendencia al consumo de sustancias.

Durante la adolescencia, el joven experimenta diversos cambios y en algunos casos se vuelve rebelde creyendo que todo lo que hace está bien y que a los jóvenes no les pasa nada malo, que no hay riesgos y que todo lo tienen bajo control. Tal actitud se manifiesta en muchas ocasiones en el consumo de drogas y alcohol, las cuales le proporcionan una agradable sensación de placer y bienestar.

Muchos estudios realizados sobre la ingesta de alcohol han demostrado que el hábito de consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes refleja el de sus padres y el de la comunidad en la que viven. Por lo general, beben más los hombres que las mujeres, pero actualmente el porcentaje se ha ido igualando.

Las causas más comúnmente reportadas, en cuanto a los motivos iniciales del consumo, son razones comunes: la primera, porque la bebida alcohólica parece adecuada para alguna ocasión especial; la segunda, por curiosidad; la tercera, porque los padres les permiten y en algunos casos fomentan el consumo.

[...] La muestra de estudio constó de 90 estudiantes de preparatoria, 40 hombres y 50 mujeres, a quienes se les aplicó el cuestionario. Estos estudiantes pertenecen en un 70% a una institución para gente de nivel socioeconómico medio y medio bajo.

- La información obtenida sobre el padre arroja los siguientes resultados: el 82% de los padres trabajan en su mayoría (88%) en oficios que permiten un buen nivel socioeconómico, ya sea que lo hagan en instituciones o de manera independiente.
- El nivel educativo de los padres resultó ser en un 58% de los casos profesional, en un 28% preparatoria y en el 14% secundaria o inferior.

[...] Se puede llegar a conocer la problemática relacionada con el abuso de sustancias en los adolescentes, encontrando si existe una relación con su núcleo familiar; sin embargo, los jóvenes pueden desconocer o no comentar acerca de si hay algún problema dentro de su familia en cuanto al abuso de sustancias.

Aunque actualmente existe mayor apertura en la comunicación entre padres e hijos, consideramos que no se han roto los tabús en el área de las drogas, por lo que es poco común que los padres hablen abiertamente del tema y, en especial, que compartan experiencias de este tipo con sus hijos debido al riesgo en el que ponen su autoridad y su imagen frente a ellos.

El presente estudio se centra en la percepción que tiene el adolescente de sus padres; dicha percepción sobre el consumo de sustancias en etapas pasadas de su vida se genera a través de condiciones más bien sutiles que son introyectadas por el adolescente a partir de diversos factores como la apariencia, la personalidad, el tipo de educación y el estilo de vida que observa en ellos.

El estudio del problema se ubica en población adolescente, ya que esta edad es por sí misma un factor de riesgo para el consumo de drogas debido a su carácter experimentador y de búsqueda de sí mismo en el desarrollo de todo hombre.

Después de hacer un análisis de los resultados de esta investigación, es posible concluir que:

El consumo de los padres, o la mera percepción del adolescente de que consumieron, no es por sí mismo un factor que condicione el uso de sustancias por su parte.

La relación existente entre los patrones familiares y el consumo de drogas por parte del adolescente son factores de alto riesgo si:

- Hay una relación conflictiva con ellos como unidad e individualmente con el padre.
- Alguno de los padres se encuentra ausente por diversas razones, incluidas el divorcio o la separación de la pareja.
- Los patrones familiares negativos, vistos como una relación de tales variables, son indicadores con un alto nivel de incidencia.

El consumo de tabaco por parte de los padres del adolescente influye directamente en el consumo de éste por parte del joven; sin embargo, el uso de alcohol por parte de los padres no es significativo y se debe más a factores ambientales.

El nivel educativo de los padres no resultó ser un indicador fiable para establecer una relación con el consumo de los hijos. Por esta razón se correlacionó, además, con el tipo de trabajo de los padres, lo que nos aproximó a una estimación del nivel socioeconómico de la familia, concluyendo una relación significativa. Esta relación es opuesta a la esperada, ya que a mayor nivel socioeconómico mayor tendencia al consumo habrá.

Si bien los factores analizados no arrojan en ocasiones datos concluyentes por sí mismos, no debemos olvidar que los patrones familiares negativos, vistos como una relación de estas variables, son indicadores con un alto nivel de incidencia en la población consumidora de drogas.

Se observa una fuerte relación entre el medio social en el que se desenvuelve el adolescente y su tendencia al consumo, es decir, que los adolescentes que conozcan personas que usen drogas tendrán mayor propensión a consumirlas.

El consumo de tabaco por parte de los padres del adolescente influye directamente en el consumo de éste por parte del joven; sin embargo el uso de alcohol por parte de los padres no es significativo y se debe más a factores ambientales.

Salvo en el caso del consumo de alcohol, en el que se ve esta relación, no hay correlación directa entre el sexo y el uso de sustancias.

Objetivos del capítulo



Cuando termine este capítulo, podrás:

1. Explicar los factores culturales que influyen en el desarrollo del adolescente.
2. Describir la maduración física durante la pubertad de hombres y mujeres, así como el problema que tienen muchos adolescentes para ajustarse a su cambiante imagen corporal.
3. Analizar las actitudes, los comportamientos y las relaciones que influyen en las incipientes sexualidad e identidad de género en el adolescente.
4. Identificar los problemas relacionados con la paternidad o maternidad de los adolescentes.
5. Describir los cambios cognoscitivos que ocurren en la adolescencia y explicar de qué manera influyen en el alcance y el contenido de su pensamiento.

En la cultura moderna la adolescencia abarca un periodo de por lo menos 10 años. Tanto su inicio como su final suelen ser poco precisos. Es común que el niño comience a comportarse como adolescente antes de que empiecen a aparecer los cambios físicos. ¿Y cómo podemos definir el momento exacto en que se convierte en adulto? Quizás el mejor indicador sea la madurez emocional y no criterios más obvios como terminar los estudios, ganarse el sustento, casarse o procrear (Baldwin, 1986); sin embargo, resulta difícil definir la madurez emocional.

A pesar de las opiniones contradictorias concernientes a sus límites, todos coinciden en que el prolongado periodo de transición entre la niñez y la adultez es un fenómeno moderno que se observa sobre todo en las naciones desarrolladas. Como vimos en el capítulo 1, tradicionalmente ha sido una etapa mucho más corta. Y lo sigue siendo en las sociedades menos desarrolladas, en las que los jóvenes pasan por una ceremonia simbólica, un cambio de nombre o un desafío físico en la pubertad. A estos rituales se les llama **ritos de transición**. A veces los sigue una etapa de aprendizaje durante uno o dos años, y a los 16 o 17 años, el joven alcanza la adultez plena sin reservas. Esa transformación más o menos rápida es posible porque en las sociedades menos complejas se dominan las habilidades necesarias para la vida adulta sin una instrucción prolongada. Con todo, la necesidad de un periodo de transición se reconoce en todas partes; ninguna sociedad exige al niño convertirse en adulto de la noche a la mañana ni se niega a reconocer la conquista de la adultez.

La adolescencia en nuestros días

Si queremos entender a los adolescentes y lo que es la adolescencia, conviene conocer el nicho cultural —el ambiente social— en el que viven hoy en día. Un factor es la segregación por edades: en el mundo moderno, los adolescentes interactúan principalmente con otros adolescentes y muy poco con niños más pequeños o con adultos. Esto se debe a una decisión personal, quizá porque no quieren que se los considere niños por el hecho de relacionarse con ellos o quizá porque quieren descubrir las cosas por sí mismos, sin las restricciones que a menudo les imponen los adultos. Sin embargo, las escuelas con grupos separados por edad constituyen un factor adicional en las naciones industrializadas (Elder, 1980; Elder y Casp, 1990).

ritos de transición Hechos o rituales simbólicos que marcan las transiciones de la vida, como el que se da entre la niñez y la condición de adulto.

La segregación por edades puede tener efectos negativos. Al separarlos de los niños más pequeños se priva a los adolescentes de la oportunidad de guiar y orientar a quienes son menos conocedores, salvo por los breves periodos que dedican al cuidado de sus hermanos menores o a trabajar como niñeras o consejeros en un campamento. La separación del mundo adulto significa que pierden la oportunidad de ser aprendices, es decir, de trabajar con personas mayores y más experimentadas. A veces, durante largas horas, se les separa a diario de las principales actividades, costumbres y responsabilidades de la sociedad, con excepción del poco tiempo que dedican a ayudar a sus progenitores en los quehaceres domésticos o que trabajan en empleos de medio tiempo.

La dependencia económica prolongada es otra característica de la adolescencia. En una sociedad como la nuestra, los adolescentes necesitan el apoyo financiero de sus padres mientras obtienen la formación profesional necesaria para los empleos que exigen habilidades tecnológicas complejas. Para quienes no logran una buena educación, los puestos de bajo nivel disponibles para ellos no suelen interesar ni ser atractivos desde el punto de vista económico. En uno y otro casos, el adolescente a menudo se siente frustrado y descontento con su lugar en el mundo. Por ello, algunos teóricos ven en la adolescencia un periodo de derechos y oportunidades limitados, así como de roles impuestos en forma rigurosa (Farber, 1970). Otros, Erikson entre ellos (vea el capítulo 11), adoptan un punto de vista más positivo: para ellos la adolescencia es un periodo en el que al individuo se le permite explorar y ensayar diversos roles antes de asumir sus responsabilidades en el mundo de los adultos.

El adolescente se ve influido por los acontecimientos de la era que le toque vivir. Toda época tiene sus guerras, movimientos religiosos y fluctuaciones económicas. El adolescente es muy vulnerable a esas crisis. La situación mundial le afecta mucho, más que a los niños pequeños. Los adolescentes y los adultos jóvenes luchan en guerras, participan en revueltas y colaboran en los movimientos de reformas sociales. Con su idealismo apoyan las luchas religiosas y políticas. Pierden su trabajo durante las recesiones económicas y se les contrata cuando la economía está en auge. Los adolescentes modernos se ven afectados no sólo por las crisis locales y regionales, sino también por las que ocurren en regiones distantes del mundo.

Por último, los medios de comunicación masiva también tienen efectos específicos en los adolescentes. Como hemos visto una y otra vez, las teorías del desarrollo humano recalcan la importancia de un ambiente sensible y que brinde apoyo emotivo. Sin importar su edad, los individuos aprenden mejor cuando actúan en el entorno, cuando perciben las consecuencias de sus actos y tienen la fuerza para generar un cambio. Pero no es posible modificar los sucesos que transmiten la televisión y otros medios. Al parecer los adolescentes, con el rápido desarrollo de sus capacidades físicas y cognoscitivas, son particularmente vulnerables al papel pasivo de consumidores de estos medios. Aceptan la tragedia y la brutalidad sin rebelarse; quizás hasta aprenden a desear una estimulación excesiva. Tal vez modelen su conducta con base en los hechos trillados o extraños que ven en los medios. Quizá lleguen a identificarse con los mundos de ira y desviación social encarnados en particular por la música “rap” y “heavy metal”. Es interminable la lista de influjos potencialmente nocivos a que están expuestos.



De acuerdo con Keniston, los adolescentes utilizan la introspección como una forma de redefinición y cambio para escapar de las ideas tan restrictivas que, a su juicio, tiene la sociedad acerca de ellos.

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Qué se entiende por la expresión “nicho cultural del adolescente”?
2. Explique ¿cómo contribuyen a crear el ambiente de los adolescentes la segregación por edades, la dependencia económica prolongada, las crisis globales y los medios de comunicación masiva?

El ajuste al desarrollo físico

Desde el punto de vista fisiológico, la adolescencia nos recuerda el periodo fetal y los dos primeros años de vida en cuanto a que es un periodo de cambio biológico muy rápido. Sin embargo, el adolescente experimenta el placer y dolor de observar el proceso: contempla con sentimientos alternos de fascinación, deleite y horror el crecimiento de su cuerpo. Sorprendido, avergonzado e inseguro, se compara sin cesar con otros y revisa su autoimagen. Hombres y mujeres vigilan con ansiedad su desarrollo —o falta de éste— y basan sus juicios lo mismo en conocimientos que en información errónea. Se comparan con los ideales predominantes de su sexo; de hecho, para ellos es un problema importantísimo tratar de conciliar las diferencias entre lo real y lo ideal. Su ajuste dependerá en gran medida de cómo reaccionen los progenitores ante los cambios físicos de su hijo.

Crecimiento y cambios físicos

Las características biológicas de la adolescencia son un notable aumento de la rapidez de crecimiento, un desarrollo acelerado de los órganos reproductores y la aparición de rasgos sexuales secundarios como el vello corporal, el incremento de la grasa y de los músculos, agrandamiento y maduración de los órganos sexuales. Algunos cambios son iguales en ambos sexos —aumento de tamaño, mayor fuerza y vigor—, pero en general se trata de cambios específicos de cada sexo.

hormonas Secreciones bioquímicas de la glándula endocrina llevadas por la sangre u otros líquidos corporales a un órgano o tejido que estimulan o aceleran su funcionamiento.

estirón del crecimiento Aumento repentino en la tasa de crecimiento que marca el inicio de la pubertad.

Cambios hormonales Las alteraciones físicas que ocurren al iniciarse la adolescencia están controladas por **hormonas**, sustancias bioquímicas que son segregadas hacia el torrente sanguíneo en cantidades pequeñísimas por órganos internos denominados *glándulas endocrinas*. Las hormonas que a la larga desencadenan el crecimiento y el cambio existen en cantidades ínfimas desde el periodo fetal, sólo que su producción aumenta mucho a los 10 años y medio en las mujeres y entre los 12 y los 13 en los varones. Se presenta luego el **estirón del crecimiento**, periodo de crecimiento rápido en el tamaño y la

El comienzo de la pubertad exige una gran adaptación a un cambio repentino de voz, al crecimiento de las piernas o a nuevos sentimientos o afectos.



fuerza, acompañados por cambios en las proporciones corporales (Malina y Bouchard, 1990). Sobre todo en la mujer, el estirón es una señal del inicio de la adolescencia; los cambios más perceptibles relacionados con la **pubertad** (madurez sexual) aparecen más o menos un año después del estirón (vea la figura 10-1).

El estirón del crecimiento suele caracterizarse por torpeza y falta de garbo mientras el niño aprende a controlar su “nuevo” cuerpo. En parte, la torpeza también se debe a que dicho estirón no siempre es simétrico: por un tiempo una pierna puede ser más larga que la otra y una mano más grande que la otra. Como imaginará el lector, el estirón también se caracteriza por un apetito voraz, pues el cuerpo busca los nutrientes necesarios para su crecimiento. Otros cambios son el aumento de tamaño y de la actividad de las glándulas *sebáceas* (productoras de grasa) de la piel, lo que puede ocasionar brotes de acné. Además, en la piel aparece un nuevo tipo de glándula sudorípara que genera un olor corporal más fuerte.

Entre los cambios sutiles precursores del estirón del crecimiento figuran un incremento de la grasa corporal; algunos preadolescentes se vuelven regordetes. En ambos sexos, la grasa se deposita en el área de los senos; se trata de un depósito permanente en la mujer y temporal en el varón. Conforme ocurre el estirón del crecimiento, los niños por lo general pierden la mayor parte de la grasa adicional y, en cambio, las niñas suelen conservarla.

Ambos sexos presentan una gran variabilidad en el periodo en que aparecen los cambios hormonales asociados con el comienzo de la adolescencia. Como veremos más adelante, hay niños “de maduración temprana” y “de maduración tardía”, y el momento en que se da la maduración influye mucho en el ajuste. Las hormonas “masculinas” y “femeninas” se encuentran en ambos sexos, pero los varones empiezan a producir una mayor cantidad de *andrógenos* —la más importante de las cuales es la *testosterona*— y las mujeres un mayor número de *estrógenos* y de *progesterona* (Tanner, 1978).

Cada hormona influye en un grupo específico de objetivos o *receptores*. Así, la secreción de testosterona produce el crecimiento del pene, el ensanchamiento de los hombros y la aparición de vello en la zona genital y en la cara. Por acción

pubertad Obtención de la madurez sexual en varones y mujeres.

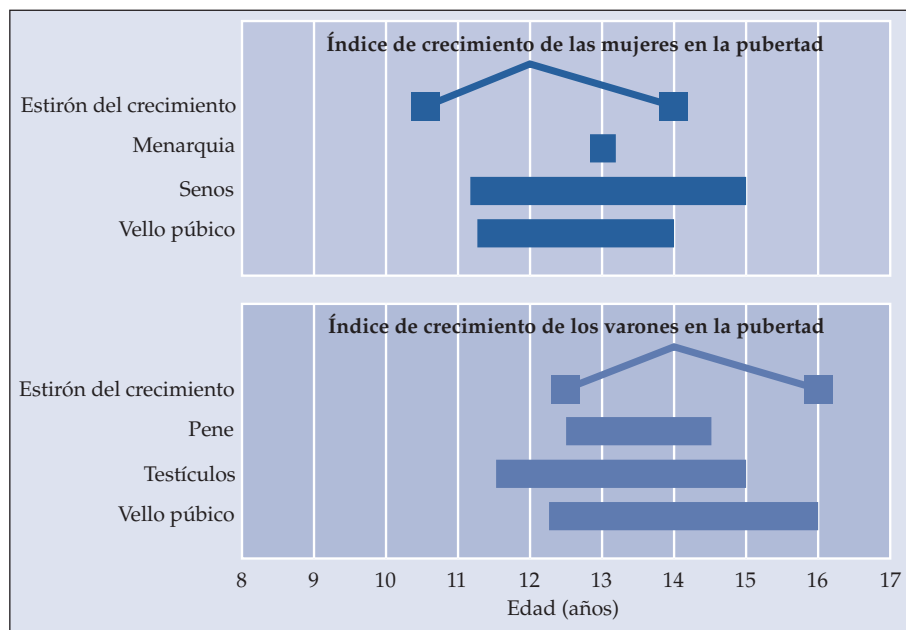


Figura 10-1

Índices de crecimiento y desarrollo sexual durante la pubertad El punto más elevado de la línea categorizada como “estirón del crecimiento” representa el punto de crecimiento más acelerado. Las barras situadas por debajo de la línea indican el inicio y final normales de los acontecimientos de la pubertad.

TEORÍAS Y HECHOS

¿SON LOS ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE HORMONAS INCONTROLABLES?

En la mayor parte de las culturas occidentales, la adolescencia se caracteriza por grandes cambios de conducta y de apariencia física. Tradicionalmente muchos cambios han sido descritos como negativos y se atribuyen a factores biológicos, en especial a las hormonas. Al adolescente se le presenta como víctima de sus "hormonas incontrolables". ¿Pero corresponde esto a la realidad?

Desde el punto de vista fisiológico, las hormonas operan sobre el cerebro en dos formas. En primer lugar, las hormonas sexuales pueden incidir en la personalidad y en la conducta por su influencia temprana en el desarrollo del cerebro. Tales efectos son permanentes y, en consecuencia, no se ven afectados por los cambios en los niveles hormonales durante la pubertad. En segundo lugar, las hormonas pueden activar determinadas conductas por sus efectos en el sistema nervioso. Estos efectos suelen ser inmediatos o retrasarse un poco. La maduración física y sexual se debe a la interacción entre niveles hormonales, factores de salud y la estructura genética del individuo.

Los investigadores han descubierto una pequeña relación *directa* entre los niveles hormonales durante la adolescencia y las siguientes conductas (Buchanan y otros, 1992):

- Malhumor
- Depresión
- Inquietud y falta de concentración
- Irritabilidad
- Impulsividad
- Ansiedad
- Problemas de agresión y de conducta

Conviene precisar que no todos los adolescentes manifiestan cambios drásticos en las conductas anteriores, pese a que en todos ellos se registra un aumento de los niveles hormonales. Por tanto, es probable que intervengan otros factores; a saber: roles cambiantes, expectativas sociales o culturales, situaciones específicas en casa o en la escuela y hasta la influencia de los medios de comunicación masiva.

Por ejemplo, si en la niñez temprana y la media hay problemas familiares, éstos pueden agravarse durante la adolescencia. En una familia disfuncional el adolescente puede mostrar una conducta sexual inapropiada, huir de casa, ser agresivo

y consumir drogas. En cambio, si la relación entre progenitor e hijo es buena antes de la adolescencia, casi siempre se mantiene así durante este periodo y los padres siguen ejerciendo una influencia positiva (Buchanan y otros, 1992).

Lo anterior no significa que las hormonas no influyan en absoluto en el comportamiento. Pero a menudo su efecto depende de factores psicológicos o sociales. Así, en un estudio se comprobó que el nivel de testosterona es un indicador confiable de la actividad sexual entre las niñas de 12 y 16 años (Udry, 1988). Pero su efecto disminuía o se eliminaba cuando el padre vivía con la familia o cuando la joven practicaba algún deporte. La presencia del padre suele mejorar la autoestima de las adolescentes en formas que aminoran la necesidad de ser activas sexualmente. Junto con la orientación y el modelamiento de la madre, el padre tiende a crear situaciones que favorecen las relaciones, no sólo la conducta sexual. En otras palabras, los factores ambientales superan los efectos hormonales en el comportamiento. Por tanto, los investigadores llegan a la conclusión de que es un mito la idea de que las hormonas incontrolables sean una causa directa de las conductas del adolescente.

del estrógeno, el útero y los senos crecen y las caderas se ensanchan. Las células receptoras son sensibles a cantidades muy pequeñas de las hormonas apropiadas, aun cuando se encuentren en concentraciones como las de una pizca de azúcar disuelta en una alberca (Tanner, 1978).

Las glándulas endocrinas segregan un equilibrio delicado y complejo de hormonas. Mantener el balance es función de dos áreas del cerebro: el *hipotálamo* y la *hipófisis*. El hipotálamo es la parte del cerebro que da inicio al crecimiento y, con el tiempo, a la capacidad reproductora durante la adolescencia. La hipófisis, situada por debajo del cerebro, segrega varias clases de hormonas, entre ellas la *hormona del crecimiento* —que regula el crecimiento global del cuerpo— y también algunas hormonas *tróficas* secundarias. Estas últimas estimulan y regulan el funcionamiento de otras glándulas, entre ellas las sexuales: los testículos en el varón y los ovarios en la mujer. En el hombre, las glándulas sexuales secretan andrógenos y producen espermatozoides; en la mujer secretan estrógenos y controlan la ovulación. Las hormonas segregadas por la hipófisis y por las glándulas sexuales tienen efectos emocionales y físicos en el adolescente, aunque los primeros no siempre son tan profundos como cree la gente (consúltese el recuadro "Teorías y hechos").

Pubertad

Como ya apuntamos, la pubertad es la obtención de la madurez sexual y la capacidad de procrear. En las mujeres, su inicio se caracteriza por el primer periodo menstrual, o **menarquia**, aunque contrario a la opinión popular la primera ovulación puede ocurrir al menos un año más tarde (Tanner, 1978). En los hombres se caracteriza por la primera emisión de semen que contiene espermatozoides viables.

En otros tiempos la pubertad se presentaba más tarde. Por ejemplo, en la década de 1880 la edad promedio era de 15 años y medio para las mujeres (Frisch, 1988) y la transición social de la adolescencia a la adultez se daba poco después. En Estados Unidos y en otras naciones industrializadas hoy suele transcurrir un intervalo de varios años entre la obtención de la madurez biológica y la transición social a la adultez.

Maduración sexual del varón La primera indicación de la pubertad es el crecimiento rápido de los testículos y del escroto. El pene pasa por un crecimiento acelerado similar más o menos un año después. Mientras tanto, el vello púbico empieza a aparecer, pero sin que madure por completo hasta después de terminado el desarrollo de los genitales. Durante este periodo se registra también un crecimiento en el tamaño del corazón y los pulmones. Los varones generan más eritrocitos que las mujeres por la presencia de testosterona. La abundante producción de eritrocitos puede ser una de las causas de la mayor fuerza y capacidad atlética de los adolescentes. La primera emisión de semen puede ocurrir a los 11 años o hasta los 16. En general se produce durante el estirón del crecimiento, y es posible que se deba a la masturbación o a sueños eróticos. Estas eyaculaciones pocas veces contienen espermatozoides fértiles (Money, 1980).

Por lo común, las descripciones sobre la voz de los niños adolescentes comprenden su voz vacilante y de cambios abruptos de tono. Sin embargo, el cambio de voz real tiene lugar más tarde en la secuencia de modificaciones de la pubertad y, en muchos varones, ocurre de manera muy gradual como para que constituya un hito del desarrollo (Tanner, 1978).

Maduración sexual de la mujer El crecimiento de los senos suele ser la primera señal de que se han iniciado ya los cambios que culminarán en la pubertad. También comienzan a desarrollarse el útero y la vagina, acompañados del agrandamiento de los labios vaginales y del clítoris.

La menarquia, que es el signo más evidente y simbólico de la transición de la niña a la adolescencia, se presenta más tarde en la secuencia, luego de que el estirón del crecimiento alcanza su punto culminante. Puede ocurrir a los nueve años y medio o hasta los 16 años y medio; la edad promedio de la menarquia para las mujeres estadounidenses es de 12 años y medio aproximadamente. En otras regiones del mundo, ésta se da mucho más tarde: la adolescente checoslovaca promedio tiene su primer periodo a los 14 años; entre los kikuyu de Kenia, la edad normal es de 16 años, y entre las bindi de Nueva Guinea, es a los 18 (Powers y otros, 1989). Por lo regular la menarquia tiene lugar cuando la niña se acerca a la estatura adulta y ha almacenado un poco de grasa corporal. En una niña de talla normal, suele comenzar cuando pesa cerca de 45.4 kilogramos (Frisch, 1988).

Los primeros ciclos varían mucho entre las niñas; además, suelen variar de un mes a otro. En muchos casos los primeros ciclos son irregulares y *anovulatorios*, es decir, no se produce el óvulo (Tanner, 1978). Pero no conviene que la adolescente suponga que no es fértil. (Retomaremos este tema al abordar el embarazo de las adolescentes más adelante en este capítulo.)

La menstruación produce “cólicos” menstruales en casi la mitad de las adolescentes (Wildholm, 1985). La tensión premenstrual es frecuente y muchas veces se observan irritabilidad, depresión, llanto, inflamación e hipersensibilidad de los senos.



Una razón por la que las niñas suelen sentirse más maduras que los varones de su edad es, entre otras cosas, que el estirón del crecimiento durante la pubertad ocurre en ellas dos años antes que en los muchachos.

menarquia Momento en que ocurre el primer periodo menstrual.

Diagrama de estudio • Cambios físicos característicos de la adolescencia

Cambios en las niñas	Cambios en los niños
• Crecimiento de los senos	• Crecimiento de los testículos y del saco escrotal
• Crecimiento del vello púbico	• Crecimiento del vello púbico
• Crecimiento de vello en las axilas	• Crecimiento del vello de rostro y axilas
• Crecimiento corporal	• Crecimiento corporal
• Menarquía	• Crecimiento del pene
• Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas	• Cambio de voz
	• Primera eyaculación de semen
	• Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas

El ajuste a la imagen corporal

Como ya dijimos, el adolescente evalúa de manera continua su cuerpo cambiante. ¿Tiene la forma y el tamaño correctos? ¿Es grácil o es torpe? ¿Corresponde a los ideales que predominan en su cultura?

El adolescente pertenece a lo que los sociólogos llaman grupo *marginal* —el que está situado entre dos culturas o al borde de la cultura dominante— que por lo general muestra una necesidad intensificada de ajuste al mismo. Puede ser muy intolerante ante la desviación, sea del tipo corporal (ser demasiado gordo o delgado) o en relación con el momento de la maduración (si es precoz o tardía). Los medios de comunicación masiva favorecen la intolerancia, pues presentan imágenes estereotipadas de jóvenes atractivos y exuberantes que pasan por esta etapa de la vida sin granos, frenos, desgarbo ni problemas de peso. Muchos adolescentes son muy sensibles a su aspecto físico, de ahí que sientan mucha ansiedad e inseguridad cuando su imagen, menos que perfecta, no corresponde a los hermosos ideales que ven en los medios masivos.

Preocupación por la imagen corporal A lo largo de la niñez media, los niños no sólo se percatan de los diversos tipos e ideales corporales, sino que se hacen una idea bastante clara de su tipo, proporciones y habilidades corporales. En la adolescencia, examinan con mayor detenimiento su tipo somático. Algunos se someten a una dieta rigurosa; otros inician regímenes estrictos de acondicionamiento y mejoramiento de su vigor físico. El interés de los varones se concentra en la fuerza física (Lerner, Orlos y Knapp, 1976). Lo más importante son la estatura y los músculos. Por el contrario, a las mujeres les preocupa ser demasiado gordas o altas. Se concentran sobre todo en el peso porque desean que las acepten socialmente. Por ello, muchas adolescentes normales, e incluso delgadas, se creen obesas. Cuando esta actitud se lleva a los extremos, puede ocasionar trastornos alimentarios, sobre todo *anorexia nerviosa* y *bulimia* (desórdenes que se comentan en el recuadro “Tema de controversia” en la página siguiente).

El peso, la estatura y la complexión son lo que más preocupa a alumnos y alumnas de décimo grado. En Estados Unidos, dos terceras partes desearían una o varias modificaciones físicas (Peterson y Taylor, 1980). Esta actitud disminuye en los últimos años de la adolescencia. En un estudio longitudinal se descubrió que la satisfacción con respecto a la imagen corporal es mínima entre las mujeres de 13 años y entre los varones de 15; después mejora de modo

TEMA DE CONTROVERSA

ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA

Las víctimas de anorexia nerviosa pueden dejarse morir de inanición. Obsesionadas por ideas relacionadas con la comida y por una imagen inalcanzable de la esbeltez “perfecta”, se niegan a comer y pueden llegar al extremo de abusar de purgas y laxantes. Piensan que son cada día más atractivas, cuando en realidad están demacradas y enfermas. Actualmente, en Estados Unidos, hay más de 100,000 anoréxicas (10 veces más que hace 20 años); y de 10,000 a 15,000 morirán por problemas médicos asociados a este trastorno.

Casi todas las anoréxicas son mujeres menores de 25 años. Aunque no se ha identificado una causa en especial, muchas son víctimas de la obsesión de la cultura moderna por la esbeltez y de la importancia que concede al atractivo femenino (Nagel y Jones, 1992). Reciben constantemente el mensaje de que la gente delgada es hermosa y de que los obesos son repugnantes, temen que las curvas y el peso adicional que trae consigo la adolescencia las hagan feas y no deseables. Las presiones de la familia para que permanezcan delgadas o mantengan su atractivo físico no hacen más que empeorar las cosas. Si un padre acostumbra burlarse de su hija porque

ha engordado un poco, puede reafirmar el autoconcepto negativo de la muchacha y propiciar el trastorno.

A la fecha no se conoce tratamiento alguno para la anorexia nerviosa, como tampoco algún método de aceptación general. Algunos terapeutas adoptan una técnica conductual: recompensan a sus pacientes con elogios y aprobación cuando comen. Otros intentan analizar los problemas infantiles que, a su juicio, causaron la enfermedad. Y otros se concentran en los sentimientos y las actitudes del paciente hacia la comida y la alimentación. Pero sin importar la orientación teórica del terapeuta, en algunos casos se requerirá la hospitalización con alimentación intravenosa para invertir la pérdida de peso que pone en riesgo la vida y que sufren algunas anoréxicas. Los tratamientos tienen por objeto ayudarles a distinguir lo que sienten por la comida y lo que piensan de ellas mismas, a adquirir un sentido de autoestima y autonomía.

La bulimia tiene algunos aspectos en común con la anorexia nerviosa, pero se clasifica como un trastorno aparte en el DSM-IV. Una diferencia fundamental consiste en que quienes padecen la bulimia no pierden peso y más bien están un poco excedidos. Aunque la obesidad les ocasiona una terrible ansiedad, pasan como las anoréxicas por un deseo

incontrolable de comer, en especial dulces y bocadillos salados. En sus comidas consumen enormes cantidades de carbohidratos en muy poco tiempo, en general una o dos horas. Se sienten abatidos y sin control. Para compensar sus excesos se purgan o toman laxantes.

Igual que las anoréxicas, la mayoría de quienes sufren de bulimia pertenecen al sexo femenino. La bulimia ataca principalmente al final de la adolescencia (en cambio, muchas anoréxicas se encuentran al inicio o la mitad de la adolescencia). Según las estimaciones de algunos investigadores, 20 por ciento de las mujeres en edad universitaria han adoptado patrones de alimentación bulímica (Muuss, 1986).

Aunque este problema no tiene consecuencias fatales, es muy destructivo y exige tratamiento. Los pacientes sufren problemas gastrointestinales, úlceras en la garganta y en la boca ocasionadas por el paso frecuente de ácidos estomacales y, en ocasiones, hernias producidas por las purgas. Por fortuna, normalmente responden mejor al tratamiento que las anoréxicas. A menudo, los antidepresivos contribuyen a aliviar el trastorno —aun en pacientes que no muestran señales de depresión—, lo cual indica la posibilidad de que intervenga una anomalía bioquímica (Walsh, 1988).

constante. Sin embargo, entre los 11 y los 18 años es menor en la mujer que en el hombre (Rauste-von Wright, 1989). Para una adolescente, tener una imagen corporal positiva se correlaciona de manera favorable con el hecho de que su madre también la tenga (Usmiani y Daniluk, 1997).

En los cambios que a los adolescentes de ambos sexos les gustaría introducir en su cuerpo, se observan algunas diferencias interesantes. Las mujeres quieren modificaciones específicas: “Haría que mis oídos no sobresalieran tanto” o “Me gustaría que mi frente fuera más amplia”. Los varones son menos precisos. Es posible que un adolescente diga “Quisiera ser más atractivo y delgado. Cambiaría por completo mi aspecto físico para ser guapo, con una buena complexión”. A los dos sexos les preocupa la piel: casi la mitad de los adolescentes manifiesta malestar por los barros y las espinillas.

Adolescentes de maduración precoz y tardía Los efectos del periodo en que se da la maduración han acaparado la atención de los investigadores casi tanto como la adolescencia. Una maduración a destiempo puede ser un problema, aunque muchos adolescentes muestran una actitud bastante positiva ante



En relación con la imagen corporal, los varones tratan de aumentar su fuerza física, mientras que las mujeres hacen más ejercicios que les ayuden a controlar el peso.



su ritmo de maduración (Pelletz, 1995). Esto se observa sobre todo entre los varones que maduran en forma tardía. Dado que en promedio las mujeres maduran dos años antes, estos niños son los últimos en dar el estirón del crecimiento y llegar a la pubertad. En consecuencia, por ser más pequeños y menos musculosos que los muchachos de su edad, se encuentran en desventaja en casi todos los deportes y en muchas situaciones sociales. Otros niños y adultos suelen tratarlos como si tuvieran menos edad; tienen un estatus social más bajo entre sus compañeros y son considerados como menos competentes por los adultos (Brackbill y Nevill, 1981).

En ocasiones esta percepción se convierte en una profecía autorrealizada: la reacción del niño consiste en mostrarse dependiente y adoptar una conducta inmadura. Otras veces la compensación es excesiva y se observa una gran agresividad. En cambio, el niño que madura en forma precoz obtiene ventajas sociales y atléticas entre sus compañeros, con lo que disfruta de los beneficios de una profecía autorrealizada. A partir de la niñez media, el niño de maduración precoz tiende a ser el líder de los grupos de compañeros (Weisfield y Billings, 1988).

La maduración temprana ofrece ventajas e inconvenientes para las mujeres. La maduración tardía puede ser positiva porque maduran casi al mismo tiempo que sus compañeros del sexo masculino, de ahí que les sea más fácil compartir sus intereses y sus privilegios. Son más populares que las que maduran en forma precoz. Por el contrario, estas últimas son más altas y más desarrolladas que sus compañeros y compañeras. Un efecto de esto es que tienen menos oportunidades de comentar sus cambios físicos y psicológicos con los amigos. Otro es que suelen sufrir mucho más por los cambios (Ge, Conger y Elder, 1996), pero reciben algunas compensaciones. Las mujeres que maduran en forma precoz se creen más atractivas, son más populares con los adolescentes de mayor edad y es más probable que tengan novio que sus compañeras de maduración tardía (Blyth y otros, 1981).

Reacciones de las mujeres a la menarquía La menarquía es un proceso singular, un verdadero hito en el camino que lleva a la madurez física. Ocurre de improviso y está precedido por un sangrado vaginal. En algunas partes del mundo tiene importancia religiosa, cultural o económica, y quizá desencadene intrincados

ritos y ceremonias. Aunque en Estados Unidos no llega a tales extremos, sigue siendo muy importante para las mujeres y sus padres (Greif y Ulman, 1982).

Los estudios dedicados a las adolescentes confirman que la menarquia es un acontecimiento memorable. Lo consideran traumático sólo aquellas a quienes sus padres no les hablaron al respecto o que la experimentaron a una edad muy temprana. Algunas niñas que reciben información por parte de hombres reaccionan de un modo negativo, pero a casi todas la madre u otro pariente les dice lo que deben esperar; estas niñas manifiestan una reacción positiva ante la menarquia, una sensación como de haber alcanzado la mayoría de edad (Ruble y Brooks-Gunn, 1982).

REPASE Y APLIQUE

1. Mencione los principales cambios que tienen lugar en ambos sexos durante la adolescencia.
2. Dé ejemplos de cómo influyen los ideales culturales en el ajuste a la imagen corporal durante la adolescencia.
3. Explique las ventajas y desventajas de la maduración temprana y tardía.

Actitudes y conducta sexuales

En la niñez media y la tardía los niños se reúnen sobre todo en grupos de compañeros del mismo sexo, pero en una forma neutral desde el punto de vista sexual. Sin embargo, en la pubertad los cambios biológicos del adolescente se caracterizan por un interés en el sexo opuesto y la necesidad de integrar la sexualidad a otros aspectos de su personalidad. Por tanto, los adolescentes comienzan a establecer relaciones en las que el sexo desempeña una función central.

El desarrollo de la identidad de género comprende actitudes, conductas y relaciones cambiantes. En algunos casos desafortunados, lo que piensa el joven de su cuerpo se ve influido por el abuso sexual. En otros casos, se cree diferente de sus compañeros por impulsos o experiencias homosexuales.

La “revolución” sexual

Los cambios históricos en las actitudes sociales se perciben con toda claridad en la reacción de la gente ante la sexualidad. En gran medida, los adolescentes se ven en función de las normas culturales del tiempo y el lugar que les tocó vivir. De ahí la gran variación de su comportamiento sexual.

A principio de la década de 1960 los jóvenes consideraban que el sexo antes del matrimonio era inmoral, pese a que la presión de los compañeros impelía a los adolescentes a tener relaciones premaritales. En cambio, las adolescentes sentían la presión de conservar la virginidad hasta el matrimonio. A fines de la década de 1960 y principios de la de 1970 cambiaron mucho las actitudes sexuales, en parte por la aparición y la distribución generalizada de las píldoras anticonceptivas, en parte por el movimiento de “amor libre” que acompañó las protestas contra la Guerra de Vietnam y, en general, contra el “orden establecido”. En un estudio dedicado a las actitudes sexuales de los adolescentes de esa época (Sorensen, 1973), la mayoría no creía que el sexo fuera intrínsecamente bueno o malo, sino que lo juzgaba sobre la base de la relación entre los miembros de la pareja. Casi todos rechazaban la doble norma tradicional



Los cambios biológicos que ocurren en la adolescencia propician la obtención de una identidad sexual.

que concedía libertad sexual sólo a los varones. Casi 70 por ciento consideraba que dos personas no deberían casarse sólo para hacer el amor o convivir. Un sorprendente 50 por ciento aprobaba la homosexualidad entre individuos que la aceptaran con toda libertad, aunque 80 por ciento señaló que nunca había realizado ni realizaría actos homosexuales. En general, sus actitudes eran muy diferentes a las de sus progenitores.

La “revolución” sexual alcanzó su clímax hacia finales de la década de 1970. En 1979 Catherine Chilman analizó los resultados de numerosas investigaciones y descubrió una tendencia creciente hacia la liberalización sexual, la cual reflejaba un aumento de la actividad sexual entre los adolescentes y una modificación de las actitudes de la sociedad. Ésta es ahora más abierta a una amplia gama de actividades sexuales: masturbación, homosexualidad y parejas que viven juntas sin estar casadas (Dreyer, 1982). En otra investigación (Hass, 1979), 64 por ciento de las muchachas y 83 por ciento de los varones entrevistados aprobaban las relaciones premaritales; 56 por ciento de los varones y 44 por ciento de las mujeres confesaron tenerlas.

Adviértase que había poca diferencia entre las respuestas de ambos sexos. Esto coincide con la desaparición gradual de la doble norma o criterio. La revolución sexual influyó en la conducta de las muchachas mucho más que en la de los varones: ya en las décadas de 1940, 1950 y 1960, entre una y dos terceras partes de los adolescentes habían perdido la virginidad, dato estadístico semejante al que se registró en la década de 1970. En cambio, la proporción de las adolescentes de 16 años que habían perdido la virginidad aumentó 7 por ciento en la década de 1940 a 33 por ciento en 1971 y a 44 por ciento en 1982 (Brooks-Gunn y Furstenberg, 1989).

La revolución sexual se acompañó de varios problemas. Grandes cantidades de adolescentes tenían relaciones sexuales sin recurrir al control natal. Por ello el índice de embarazos entre las adolescentes se triplicó entre 1940 y 1975. Otro problema fue la propagación de enfermedades de origen sexual: primero sífilis, gonorrea y herpes genital; más tarde el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Este último todavía es infrecuente entre los adolescentes (porque a menudo los síntomas tardan años en aparecer y muchas veces pasa inadvertido), pero se registra un elevado porcentaje de otras enfermedades sexuales (Ehrhardt, 1992). Por ejemplo, en Estados Unidos uno de cada siete adolescentes padece una enfermedad de transmisión sexual (Quadrel y otros, 1993). Además, aunque unos cuantos adolescentes sufren de SIDA, ha venido acrecentándose el número de seropositivos. A juicio de los expertos, es probable que muchos de los cerca de 30,000 adultos de entre 20 y 29 años a quienes se les diagnosticó SIDA en 1996 se hayan infectado con el virus en la adolescencia (U.S. Census Bureau, 1997; Millstein, 1990).

La revolución sexual comenzó a perder fuerza en la década de 1980. Los jóvenes adoptaron una actitud más cautelosa ante la actividad sexual; volvió a cobrar vigencia la monogamia o, por lo menos, la monogamia “serial”. Durante esa década, cuando se les pedía su opinión sobre las actitudes sexuales de las décadas de 1960 y 1970, una proporción considerable las juzgaba irresponsables. Los estudiantes universitarios solían calificar más de inmoral la promiscuidad (Leo, 1984; Robinson y Jedlicka, 1982).

La década de 1980 presenció la continuación de una tendencia hacia actitudes más conservadoras en lo relacionado con el sexo (Mursteyn y otros, 1989). Aunque para los jóvenes el sexo era todavía una parte esencial del amor, por lo general no estaban en favor del sexo informal (Abler y Sedlacek, 1989). Volvieron a ser negativas las actitudes hacia la homosexualidad (Williams y Jacoby, 1989). El aumento de la *homofobia* (temor o rechazo de los homosexuales) parece relacionarse con el miedo a las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo el SIDA, a pesar de que ahora se propaga sobre todo por contacto heterosexual.



Un desfile anual del Orgullo Homosexual en la Quinta Avenida de la ciudad de Nueva York.

Homosexualidad

Muchos jóvenes tienen una o más experiencias homosexuales con frecuencia en los primeros años de la adolescencia (Dreyer, 1982). No obstante, estas experiencias aisladas no rigen la futura orientación sexual. En casi todas las sociedades y grupos étnicos, 5 por ciento de los adultos son homosexuales activos y casi el mismo porcentaje es bisexual. Entre los homosexuales se incluyen muchos personajes famosos: Aristóteles, Alejandro Magno, Leonardo da Vinci, Miguel Ángel, Rock Hudson, Óscar Wilde, Tennessee Williams, Greg Luganis, Gertrude Stein, Willa Cather y Martina Navratilova (Rubin, 1994).

Aunque los teóricos discrepan en lo que se refiere a las causas de la homosexualidad, en general opinan que la preferencia sexual no es algo que se elija. ¿Es de origen fundamentalmente biológico? En una revisión reciente de la bibliografía efectuada desde el punto de vista del desarrollo, Charlotte Patterson (1995) cita pruebas en favor de las causas ambientales y biológicas. En lo que respecta al ambiente, es posible que intervengan factores históricos y culturales. Otra posibilidad que conviene considerar es que se deba al abuso sexual, el cual puede causar una aversión extrema al contacto con el sexo opuesto; en consecuencia, ante la falta de opciones el individuo tal vez busque relaciones con personas de su sexo. Pero, como observa Patterson, las investigaciones recientes se concentran en factores biológicos. Por ejemplo, desde temprana edad algunos niños se dan cuenta de que son “diferentes” y realizan una conducta transgénero que resulta un buen indicador de la homosexualidad en años posteriores. Como Robert Finn (1996) señala en una revisión, algunos estudios han demostrado una correspondencia más o menos elevada entre los gemelos idénticos respecto de la homosexualidad: 52 por ciento de los casos, si uno de los gemelos es homosexual, el otro también lo es; el porcentaje es de 48 por ciento tratándose de gemelas. Finn cita asimismo algunas investigaciones sobre el posible material genético del cromosoma X que puede relacionarse con la homosexualidad. Sin embargo, quedan muchas preguntas por contestar y no todos los investigadores coinciden en que existan dichos marcadores.

Sin importar los orígenes de la homosexualidad, la identidad de género puede causar un gran estrés al adolescente homosexual o a la lesbiana. Estos dos grupos constituyen una pequeña minoría y la presión de los compañeros para que se ajusten a la población general es muy fuerte en la adolescencia. A menudo reciben poca o nula ayuda de sus padres y compañeros, y cuentan con

muy pocos modelos aceptables, de ahí que se sientan terriblemente incomprendidos en sus emociones y quizás opten por “ocultar su secreto”. A menudo los que declaran su preferencia sexual son objeto de ataques verbales e incluso físicos (Hershberger y D’Augelli, 1995). Se desmorona su autoestima y la depresión es común. No debe, pues, sorprendernos que quizá 30 por ciento de los adolescentes que intentan suicidarse sean homosexuales.

Desde comienzos de la década de 1980, la propagación del SIDA ha hecho que les sea aún más difícil a los adolescentes homosexuales aceptarse como tales y encontrar aceptación de parte de la comunidad. Datos aportados por los Centros para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control) señalan que casi una tercera parte de los adolescentes infectados con el virus lo contrajeron por actividad homosexual (Millstein, 1990). En consecuencia, los adolescentes que luchan por encontrar su identidad sexual saben que su decisión puede tener consecuencias peligrosas para su supervivencia. Saben, asimismo, que el SIDA los ha hecho un objeto aún más directo de los ataques contra la homosexualidad.

Masturbación

En la adolescencia, las mujeres dedican más tiempo a las fantasías románticas y con ello liberan sus impulsos sexuales; los varones suelen masturbarse más. Las fantasías y la masturbación son comunes en ambos sexos. De acuerdo con un estudio, más o menos la mitad de las adolescentes y tres cuartas partes de los adolescentes se masturban (Hass, 1979). Las diferencias de clase social son un factor importante o por lo menos lo fueron en el pasado. El gozo de las fantasías durante la masturbación era más frecuente en los varones de clase media, mientras que el sentimiento de culpa por la “poca masculinidad” de esta práctica ocurría más a menudo en los de clase trabajadora. No obstante, son diferencias que empiezan a desaparecer de manera paulatina (Dreyer, 1982), lo mismo que las disimilitudes en la actitud de ambos sexos ante la masturbación.

Diferencias de género en la expresión de la sexualidad

Las diferencias de clase en la conducta sexual han sido siempre menos significativas entre las mujeres, en parte por los escasos roles al alcance de la mujer en el pasado. A las mujeres las desalentaban, para que no manifestaran su sexualidad abiertamente: desde muy pequeñas se les formaba para que aumentaran su atractivo en formas sutiles, evaluaran a su posible pareja y se conservaran “castas” hasta casarse. El cortejo y el noviazgo constituían el ámbito en el que ambos sexos aprendían deseos y expectativas mutuas. En la sociedad occidental, la feminidad connotaba pasividad, solicitud y capacidad de adaptarse. La mujer debía ser lo suficientemente flexible como para aceptar los sistemas de valores del posible cónyuge. Pero en la actualidad se le alienta para que adquiera habilidades que le permitan ganarse el sustento sin importar sus planes matrimoniales futuros; por otro lado, los medios estimulan la expresión de la sexualidad en los dos sexos.

La expresión de la sexualidad en ambos sexos depende de las normas que predominen en la sociedad; cambia junto con ellas. Algunas sociedades reservan la sexualidad de manera exclusiva para la procreación; otras consideran que las restricciones son absurdas y hasta un crimen contra la naturaleza.



Los adolescentes todavía son muy activos sexualmente pese a las actitudes más conservadoras de la sociedad.

Factores que influyen en las relaciones sexuales tempranas

Los adolescentes continúan siendo muy activos en lo sexual, a pesar de que las actitudes de la sociedad ante la conducta sexual se han vuelto más conservadoras. La edad de su primera experiencia varía según el sexo, el grupo racial

y subcultural. En 1990 los Centros para el Control de las Enfermedades dieron a conocer los resultados de una encuesta en el ámbito nacional aplicada a estudiantes de nivel medio superior. La edad promedio de la primera experiencia fue de 16.1 años en los varones y de 16.9 en las mujeres (Ehrhardt, 1992). Entre los blancos, más de 60 por ciento de los adolescentes y poco menos de 60 por ciento de las adolescentes habían tenido relaciones sexuales a los 18 años de edad. La actividad sexual comienza a una edad más temprana entre las mujeres y los hombres negros, lo mismo que entre los hispanos, aunque después entre las hispanas (Michael y otros, 1994) (vea la figura 10.2).

Los varones inician antes la actividad sexual y suelen mostrar actitudes diferentes de las de las mujeres. En ellos es más probable que la iniciación sexual ocurra con una pareja informal que con una pareja “estable” y que reciban más apoyo social que la mujer por la pérdida de su virginidad. Los muchachos suelen buscar otra experiencia sexual poco después de la primera, hablan más de su actividad y el sentimiento de culpa es menos frecuente en ellos que en las mujeres (Zelnick y Kantner, 1977).

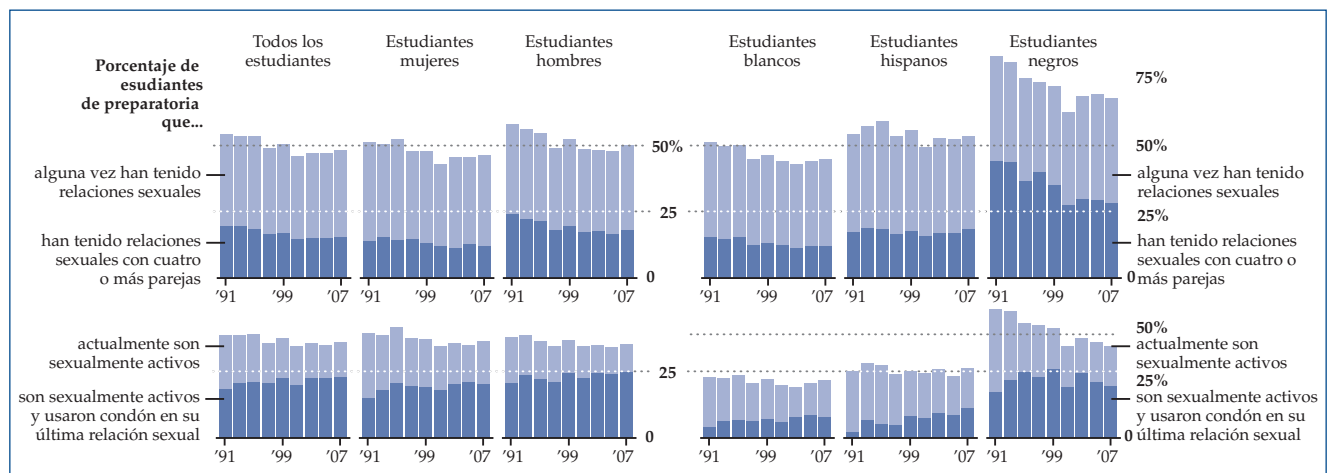
Varios factores influyen en la conducta sexual del adolescente: la educación, la estructura psicológica, la familia, las relaciones y la maduración biológica (Chilman, 1979). Consideremos ahora estos factores con mayor detalle.

Educación La instrucción se relaciona con la conducta sexual, en parte porque quienes alcanzan los mayores niveles educativos provienen sobre todo de las clases altas, las cuales suelen tener ideas más conservadoras acerca del sexo. Es una tendencia que se observa sobre todo en los adolescentes que dan prioridad a sus estudios, a los intereses intelectuales y a las metas educativas. Otro factor es la relación entre la conducta sexual y el éxito académico en la enseñanza media superior: es menos probable que los estudiantes brillantes inicien la actividad sexual a una edad temprana (Miller y Sneesby, 1988). Es posible que los adolescentes que fracasan en la escuela recurran a la actividad sexual (y a las drogas, las cuales aminoran las inhibiciones sexuales) para satisfacer sus necesidades. Antaño esta tendencia se observaba más en las mujeres porque tenían menos oportunidades de logro en áreas no académicas como los deportes. La situación tal vez esté cambiando, pues en la actualidad se procura dar a las mujeres oportunidades similares en todos los ámbitos de la sociedad, incluidos los deportes.

Figura 10-2

Relaciones sexuales en la adolescencia

Fuente: Balakar N. Teenagers Changing Sexual Behavior. *The New York Times*, 25 de agosto de 2008.



ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD

EDUCACIÓN SEXUAL EN JAPÓN Y ESCANDINAVIA

¿Cómo se enseña la sexualidad a los niños y adolescentes en sociedades conservadoras como Japón y en sociedades liberales como Escandinavia? Las diferencias son sorprendentes.

En Japón la educación sexual empieza a los 10 u 11 años de edad. Se hace en forma limitada y rigurosamente científica: los niños aprenden lo que son el aparato reproductor masculino y el femenino; y, entre otras cosas, la menstruación y la eyaculación. Siendo un programa tan limitado, ¿de quién aprenden los niños lo que es la sexualidad? Es evidente que no de sus padres, quienes suelen eludir el tema. Al respecto dice una madre de dos hijas: "Nosotros nunca hablamos de sexo en la casa. Y creo que deberíamos, pero... recuerdo que en cierta ocasión les di a mis hijas un libro en el que se explicaba cómo nacen los niños". Como a los padres les avergüenza hablar de sexo, los adolescentes japoneses aprenden los pormenores más importan-

tes de sus amigos y sus lecturas. Una consecuencia es que apenas 4 por ciento de las niñas japonesas y 6 por ciento de los niños pierden la virginidad a los 15 años. (En cambio, en Estados Unidos 25 por ciento de las niñas y 33 por ciento de los niños ya la han perdido a los 15 años.)

Hay otras explicaciones sobre la castidad relativa de los jóvenes japoneses. Hisayo Arai, de la Asociación Japonesa para la Educación Sexual, señala que, en parte, "se debe a que los adolescentes están muy atareados con los exámenes de admisión a la preparatoria. Además, se vigilan unos a otros". El rigor se aplica en especial a las mujeres, que deben esperar hasta casarse para poder tener relaciones sexuales. Por último, la escuela a la que asiste el adolescente influye en su sexualidad. En algunas escuelas japonesas hasta el noviazgo está prohibido.

En cambio, los países escandinavos son mucho más liberales en lo relacionado con el sexo. Al respecto señala Stefan Laack, de la Asociación Sueca para la Información Sexual: "No se habla mucho de sexo entre los adolescentes, pero

se acepta en general que duerman con su novio o su novia."

Una expresión de esta libertad cultural es que los niños y los adolescentes de Escandinavia aprenden lo relacionado con el sexo no en clases especiales, sino durante su formación académica. Así, los estudiantes daneses discuten la sexualidad en cualquier clase en que sea relevante. En Suecia, desde los siete años, los niños aprenden los aspectos físicos de la sexualidad en la clase de biología y los roles de género en la clase de historia. En Finlandia, los estudiantes de 15 años reciben un paquete que contiene un condón, un relato de amor en historietas y un folleto informativo.

¿Ha contribuido esta visión liberal de la sexualidad a que los adolescentes escandinavos sean más promiscuos que los de Japón o los de Estados Unidos? Por lo visto, no. En Suecia, los jóvenes normalmente pierden la virginidad a los 17 años, la misma edad en que la perdían antes que se instituyera la educación sexual.

Fuente: Toufexis, A. (1993).

En nuestros días, la educación es un medio que permite que el adolescente aprenda sobre el sexo; en el pasado, estos conocimientos los obtenían de sus padres o compañeros. En gran medida, lo que los niños aprenden del sexo en la escuela depende de su cultura, como se comenta en el recuadro "Estudio de la diversidad".

Factores psicológicos En cierto modo, los factores psicológicos relacionados con la experiencia sexual temprana son distintos en ambos sexos. Los adolescentes con experiencia sexual suelen tener una autoestima elevada, mientras que la autoestima de las mujeres con experiencia sexual tiende a ser baja. Pero en ambos sexos la actividad sexual temprana se asocia con otras conductas problemáticas, entre éstas el consumo de drogas y la delincuencia (Donovan y otros, 1988).

Relaciones familiares Varios estudios revelan que las interacciones entre progenitor e hijo influyen en la conducta sexual de este último. Tanto la crianza demasiado restrictiva como la educación demasiado permisiva se asocian con un inicio precoz de la actividad sexual en los adolescentes; los mejores resultados en este grupo de edad se obtienen con una formación algo restrictiva (Miller y otros, 1986). Otro factor decisivo es la comunicación del progenitor con el hijo: los adolescentes sexualmente activos suelen dar cuenta de una comunicación deficiente con sus padres. Por el contrario, se ha comprobado que con la abstinencia sexual del adolescente se correlaciona una comunicación de

calidad (Miller y otros, 1998). Sin embargo, las buenas relaciones no son garantía de que el joven no tenga experiencias sexuales (Chilman, 1979).

Las investigaciones recientes señalan que la cambiante estructura de la familia moderna también influye en la conducta sexual del adolescente. En Estados Unidos, una mayor tasa de divorcios y el número creciente de familias con un solo progenitor son realidades sociales que inciden en la actividad sexual. En términos generales, los adolescentes de ambos sexos provenientes de familias con dos progenitores tienen menos y más tardías experiencias sexuales que los que proceden de familias con un solo progenitor (Young y otros, 1991).

Factores biológicos En opinión de Chilman, los factores biológicos que influyen en la conducta sexual temprana constituyen un aspecto importante de la investigación que a veces ha sido descuidado. Por ejemplo, los adolescentes quizá sean hoy más activos en lo sexual que antaño por haber disminuido la edad promedio a la que comienza la pubertad. Esto coincide con la observación de que los que maduran en forma precoz suelen iniciar la actividad sexual a una edad más temprana que los que maduran tardíamente (Miller y otros, 1998). Pero hay una excepción importante: aunque los varones alcanzan la madurez sexual unos dos años después que las mujeres, pierden su virginidad más o menos un año antes (Brooks-Gunn y Furstenberg, 1989).

Abuso sexual contra los adolescentes

Por desgracia, en todos los niveles socioeconómicos un número considerable de niños y adolescentes tienen su primera experiencia sexual contra su voluntad: son víctimas de abuso o explotación sexual. Es probable que los casos denunciados representen apenas una pequeña proporción de los incidentes. En una investigación, se entrevistó a una numerosa muestra aleatoria de mujeres respecto de sus experiencias sexuales durante la niñez y la adolescencia (Russell, 1983). Se descubrió que 32 por ciento habían sido víctimas de abuso sexual por lo menos una vez antes de cumplir los 18 años; 20 por ciento habían sufrido la misma experiencia antes de los 14. Menos del 5 por ciento de ellas habían denunciado el caso a la policía —aunque en la actualidad las denuncias son mucho más frecuentes.

El impacto del abuso sexual en el niño depende de diversos factores, entre los que se cuentan: la naturaleza del acto, la edad y la vulnerabilidad de la víctima, el hecho de que el agresor sea un extraño o un pariente, las reacciones de los adultos en quien confía (Kempe y Kempe, 1984). A menudo el impacto en su identidad y autoestima dura toda la vida.

La forma más común de abuso sexual se da entre una adolescente de poca edad y un pariente adulto o amigo de la familia (Finkelhor, 1984). Es más frecuente que el padrastro o el novio de la madre sean los agresores que el padre natural de la niña (Wolfe y otros, 1988). El abuso en ocasiones se prolonga por mucho tiempo y se convierte en un secreto entre el agresor y la víctima. Unas veces, la madre de la víctima no está enterada; otras, se niega en forma obstinada a creerle, o si le cree, nada hace para protegerla y evitar que se perpetúe el hecho.

Las adolescentes víctimas del abuso se sienten culpables y avergonzadas, pero sin poder hacer nada al respecto. Tal vez se sientan aisladas y alejadas de sus compañeros y adopten además una actitud de desconfianza ante los adultos en general. Unas tienen problemas académicos, otras presentan síntomas físicos y algunas más se vuelven promiscuas. Hay quienes dirigen la ira contra sí mismas, se deprimen o piensan en suicidarse (Brassard y McNeill, 1987). Algunas se culpan injustamente por haber “provocado” al agresor.

En general, las actitudes de estas muchachas ante las relaciones íntimas se distorsionan. En la adultez les es difícil entablar relaciones sexuales normales y puede incluso resultarles difícil establecer vínculos normales con sus propios hijos. Muchas tienen ideas erróneas de la sexualidad y están más propensas a casarse con hombres que suelen abusar de ellas. Cuando el abuso comienza en su familia —digamos, entre esposo e hija—, quizá nieguen el problema o piensen que nada pueden hacer al respecto (Kempe y Kempe, 1984).

El abuso sexual también se da entre niños pequeños, sobre todo en encuentros homosexuales. Los agresores pocas veces son miembros de la familia y por lo general el abuso tiene lugar fuera de casa. La experiencia es muy traumática para los niños: se sienten avergonzados por haberse visto obligados a realizar actos homosexuales e impotentes para defenderse contra el atacante (Bolton, 1989).

Paternidad en los adolescentes

En Estados Unidos, desde la década de 1960 empezó a disminuir la proporción global de hijos de adolescentes; en cambio, ha aumentado la proporción de los hijos de adolescentes no casadas. En ese país, todos los días miles de adolescentes se embarazan. El número de hijos de adolescentes solteras se cuadruplicó entre 1940 y 1985 (National Center for Health Statistics, 1987). Más de un millón de adolescentes se embarazan cada año; 65 por ciento de ellas no están casadas. Aproximadamente 50 por ciento de los embarazos terminan en aborto provocado o espontáneo; el otro 50 por ciento llega a término (Sonenstein, 1987; Brooks-Gunn y Furstenberg, 1989; Alan Guttmacher Institute, 1994). En la tabla 10-1 se comparan la intención y el resultado del embarazo en todas las mujeres en edad de reproducción con la intención y el resultado en el caso de las mujeres de 15 a 19 años de edad. En particular, las adolescentes de mayor edad tienen una probabilidad significativamente mayor de embarazos no deseados, abortos provocados y espontáneos.

Para una madre adolescente es difícil atender las necesidades de un hijo pequeño y las de su propio desarrollo.



Tabla 10-1 Número de embarazos totales, nacimientos, abortos provocados y abortos espontáneos en mujeres estadounidenses de 15 a 17 años de edad (1992 y 2002)

Año	Embarazos totales	Nacimientos	Abortos espontáneos	Abortos provocados
1992	350,900	187,549	48,950	114,400
2002	252,170	138,731	35,540	77,900

Fuente: U.S. Teenage Pregnancy Statistics National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity Guttmacher Institute, 120 Wall Street, New York, NY 10005. Septiembre de 2006

Por qué se embarazan las adolescentes Las adolescentes estadounidenses manifiestan una gran actividad sexual. Lo mismo sucede en general en las naciones de Europa Occidental, pero sus índices de embarazo son mucho menores (Hechtman, 1989; Coley y Chase-Lansdale, 1988). La causa del índice más alto en Estados Unidos genera preocupación. Un factor esencial parece ser que, si bien las adolescentes estadounidenses no son sexualmente más activas que las de otros países, usan menos anticonceptivos. Otro factor probable es que los hijos ilegítimos no cargan con un estigma social tan negativo como antaño. En vez de expulsar a las adolescentes embarazadas, muchos sistemas escolares cuentan con programas especiales para ayudarles a terminar su carrera. En algunos grupos subculturales, la madre soltera recibe ayuda de su familia y del padre del niño (Chilman, 1979). Finalmente, algunas adolescentes desean tener y conservar a su hijo porque necesitan sentirse amadas. Suelen ser jóvenes privadas de afecto y esperan que su hijo se los dé (Fosburgh, 1977).

Cerca de tres de cada 10 adolescentes sexualmente activas no usan anticonceptivos (Fielding y Williams, 1991). Las razones más comunes son la ignorancia de los hechos relacionados con la reproducción, la renuencia a aceptar la responsabilidad que conlleva la actividad sexual y una actitud por lo general pasiva ante la vida (Dreyer, 1982), aunado esto a la convicción de que “a mí no me sucederá”. La doble norma sigue siendo un factor: ambos sexos suelen ver al varón como el iniciador y a la mujer como la responsable de fijar los límites de la actividad sexual. Al mismo tiempo, los adolescentes suelen pensar que es más apropiado que la mujer “se deje arrastrar por la pasión” en lugar de prepararse tomando las providencias anticonceptivas que exige el caso (Goodchilds y Zellman, 1984; Morrison, 1985). He aquí un aspecto importante: los estudios han revelado que los adolescentes que han tomado clases de educación sexual suelen utilizar más los anticonceptivos que los que no han tomado algún curso de esta índole (Fielding y Williams, 1991).

Efectos de la procreación en el adolescente ¿Qué repercusiones tiene la maternidad en el desarrollo de la adolescente? Por lo general, abandona la escuela y, por tanto, trabaja en empleos mal remunerados, se siente más insatisfecha en el trabajo y suele necesitar ayuda gubernamental (Coley y Chase-Lansdale, 1998). También debe sortear sus desarrollos personal y social mientras trata de adaptarse a las necesidades de un bebé o de un niño pequeño (Roger y Peterson, 1984).



Muchos padres adolescentes afrontan serios problemas pues sienten la presión de abandonar la escuela para sostener a su nueva familia. A menudo sólo pueden conseguir empleos mal remunerados.

Los efectos de la paternidad en la vida del adolescente también pueden ser negativos y prolongados. Dadas las presiones de sostener a su nueva familia, muchos abandonan la escuela y aceptan empleos mal remunerados y con pocas exigencias. Con el transcurso del tiempo es muy probable que enfrenten problemas conyugales (Card y Wise, 1978).

A menudo las adolescentes embarazadas enfrentan una fuerte desaprobación de su familia. Pero si no se casan, no tendrán más remedio que continuar viviendo con ella en una situación de dependencia durante el embarazo y después de éste. Así, algunas se sienten motivadas a casarse para formar su propio hogar (Reiss, 1971). Pero el matrimonio no es por fuerza la mejor solución a sus problemas. Algunos investigadores consideran que, aun cuando la maternidad temprana dificulta el crecimiento adulto, muchas veces es preferible a combinarla con un matrimonio a edad muy temprana. El matrimonio en tales circunstancias suele hacer que se abandone la escuela en el nivel medio superior. Por lo demás, los que se casan jóvenes están más expuestos al divorcio que quienes tienen a su hijo y contraen nupcias más tarde (Furstenberg, 1976).

Los hijos de adolescentes se hallan en desventaja con los de padres mayores. Les afecta el hecho de que sus progenitores no sepan todavía asumir las responsabilidades del adulto ni cuidar a otros. Como los padres se sienten tensos y frustrados, es muy probable que descuiden a sus hijos o los maltraten. Estos niños a menudo muestran un desarrollo y crecimiento cognoscitivos lentos (Brooks-Gunn y Furstenberg, 1986). La probabilidad de desarrollar problemas cognoscitivos y psicológicos aumenta en las familias en que coexisten —y se prolongan— las condiciones de pobreza, las disputas conyugales y la educación deficiente (McLoyd, 1998).

Si reciben ayuda, algunos adolescentes cumplen de manera excelente su obligación de criar a sus hijos, al mismo tiempo que avanzan a la adultez. Como se señala en el recuadro “Estudio de la diversidad” en la página siguiente, ayudarles a ellos y a sus hijos a madurar y a ser productivos es un reto y preocupación social enormes.

REPASE Y APLIQUE

1. Explique cómo han cambiado en las últimas décadas las actitudes ante las sexualidades masculina y femenina.
2. ¿Cuáles son algunos de los principales factores que influyen en la conducta sexual del adolescente?
3. ¿Qué problemas especiales encaran los homosexuales durante la adolescencia?
4. Exponga los problemas inmediatos y a largo plazo que sufren los adolescentes víctimas de abuso sexual.
5. ¿Qué problemas especiales enfrentan los progenitores adolescentes?

Cambios cognoscitivos en la adolescencia

Durante la adolescencia hay una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. Estas mejores habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas y cuestiones que enriquecen y complican su vida.

En esta etapa, el desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la metacognición. Ambos aspectos ejercen un

ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD

CÓMO AYUDAR A LAS MADRES ADOLESCENTES QUE VIVEN EN LA POBREZA

¿Qué características se necesitan para que las madres adolescentes escapen de la pobreza? De acuerdo con Judith Musick (1994), quienes se liberan y liberan a sus hijos de la pobreza obtienen un profundo sentido de autoestima, de eficiencia y responsabilidad personal. “En un contexto en que contribuyen muchos factores a detener su desarrollo y rezagarlas —dice Musick—, sólo las de una voluntad firme y decidida seguirán luchando contra la corriente” (página 7).

Las madres adolescentes afrontan enormes obstáculos. Muchas crecieron en una familia desorganizada y reciben sin cesar su influencia negativa, lo cual hace que les resulte más difícil cambiar de vida. Explica Musick: “La desorganización permanente cobra vida propia en el seno de la familia; un modo duradero de transmitir ciclos de insuficiencia de una generación a otra, sin advertirlos ni romperlos” (1994, página 1).

La madre adolescente con gran autoestima se define un rol especial como

protectora de sus hijos. He aquí como una madre joven que vive en un proyecto habitacional de Chicago define su rol materno:

De ninguna manera permitiré que mis hijos caminen por estos edificios a los cinco años de edad [...] Atacan a tantos niños [...] No sólo los agreden los niños mayores, sino que les quitan el dinero. Los golpean. Les hacen cosas horribles [...] Quizá soy sobreprotectora [...] Mis hijos no lo harán. (Musick, 1994, página 6.)

Al mismo tiempo que una madre protege a sus hijos contra los peligros, debe estimular sus desarrollos cognoscitivo y psicosocial inculcándoles la autoestima. Por desgracia, observa Musick, muchas adolescentes no pueden dedicarse a esta tarea. Esto se advierte en especial cuando sostienen relaciones destructivas y violentas con hombres de quienes dependen en lo económico. Por eso, sus relaciones les impiden mejorar su calidad de vida aunque lo deseen.

Los programas más eficaces para madres adolescentes funcionan en varios niveles. Comprenden la educación o

capacitación para el trabajo, lo mismo que directrices para mejorar las habilidades de crianza y las relaciones familiares. Estos programas ofrecen orientación para la solución de problemas y ayuda directa en cosas como el manejo de la casa, la preparación de los alimentos, el cuidado del niño y otros aspectos de la vida cotidiana. Algunos programas se concentran en la necesidad de la adolescente de desarrollarse y madurar como personas. Ofrecen modelos, asesoría y guía o sólo una visión más amplia del mundo que trasciende el hogar y la comunidad.

¿Son eficaces los programas de intervención? Según Musick, los resultados conseguidos hasta ahora han sido modestos, sobre todo porque los programas deben luchar con influencias negativas muy poderosas que moldean la vida de las madres jóvenes. Sin embargo, hay algo que es innegable: los programas de intervención ayudan sólo a las que descubren el sentido de la autoestima y están dispuestas a esforzarse por librarse de la pobreza.

profundo influjo en el alcance y el contenido de los pensamientos del adolescente y en su capacidad para emitir juicios morales.

Pensamiento abstracto

Piaget describió el pensamiento abstracto del adolescente como la característica distintiva de la etapa final del desarrollo cognoscitivo. Todavía hoy, los teóricos discuten si el inicio del pensamiento abstracto es imprevisto y radical o si forma parte de un proceso gradual y continuo. En esta sección analizaremos más detenidamente esta etapa evolutiva.

Pensamiento operacional formal En la teoría de Piaget la etapa final es la del *pensamiento operacional formal*. Esta nueva modalidad de procesamiento intelectual es abstracta, especulativa e independiente del ambiente y de las circunstancias inmediatas. Comprende considerar las posibilidades y comparar la realidad con cosas que pudieran ser o no. A diferencia de los niños pequeños que se contentan con hechos concretos y observables, el adolescente muestra una inclinación creciente a considerar todo como una mera variación de lo que *podría* ser (Keating, 1980). El pensamiento de las operaciones formales exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. Requiere manipular no sólo

lo conocido y verificable, sino también las cosas contrarias a los hechos (“Para discutir supongamos que...”).

Los adolescentes muestran asimismo una capacidad cada día mayor para planear y prever. En un estudio (Greene, 1990), el investigador les pidió a alumnos de décimo y décimo segundo grados, y a estudiantes universitarios de segundo y último años, que describieran lo que pensaban que les sucedería en el futuro e indicaran la edad que tendrían entonces. Los sujetos de mayor edad fueron capaces de vislumbrar un futuro más distante que los de menor edad y sus descripciones eran más concretas. El pensamiento operacional formal puede entonces definirse como un proceso de *segundo orden*. Si bien el pensamiento de primer orden consiste en descubrir y examinar las relaciones entre objetos, el de segundo orden consiste en reflexionar sobre nuestros pensamientos, buscar los nexos entre las relaciones y transitar entre la realidad y la posibilidad (Inhelder y Piaget, 1958). A continuación se incluyen tres cualidades notables del pensamiento del adolescente:

1. La capacidad de combinar variables relevantes para hallar la solución de un problema.
2. La capacidad de proponer conjeturas sobre el efecto que una variable tendrá en otra.
3. La capacidad de combinar y separar las variables en forma hipotético-deductiva (“Si se presenta X, ocurrirá Y”) (Gallagher, 1973).

En general, se acepta que no todos los individuos logren dominar el pensamiento operacional formal. Más aún, los adolescentes y los adultos que lo alcanzan no siempre lo utilizan de manera constante. Por ejemplo, en situaciones nuevas y ante problemas desconocidos la gente tiende a retroceder a un razonamiento más concreto. Al parecer es indispensable cierto grado de inteligencia para el pensamiento de las operaciones formales. Intervienen, además, factores culturales y socioeconómicos, en especial la escolaridad (Neimark, 1975). La observación de que no todos dominan el pensamiento operacional formal ha llevado a algunos psicólogos a proponer que se le considere una extensión de las operaciones concretas más que una etapa independiente. Piaget (1972) incluso admitió la posibilidad de que así fuera. No obstante, insistió en que los elementos de este tipo de pensamiento son imprescindibles para estudiar ciencias y matemáticas avanzadas.

¿Un proceso continuo o un cambio radical? No todos los teóricos del desarrollo aceptan la idea piagetana de cambios cualitativos drásticos en la capacidad cognoscitiva. Algunos afirman que la transición es mucho más gradual, con fluctuaciones entre el pensamiento de las operaciones formales y otras modalidades cognoscitivas anteriores (como vimos en el capítulo 1 al hablar de las etapas en general). Por ejemplo, Daniel Keating (1976, 1988) sostuvo que son artificiales las líneas trazadas entre el pensamiento de los niños, los adolescentes y los adultos: el desarrollo cognoscitivo es un proceso continuo y es posible que hasta los niños pequeños posean habilidades operacionales formales latentes. Algunos niños pueden manejar el pensamiento abstracto. Es factible que el mejor dominio de las habilidades lingüísticas y la mayor experiencia con el mundo expliquen la aparición de estas capacidades en el adolescente y no las nuevas habilidades cognoscitivas.

Procesamiento de la información y desarrollo cognoscitivo del adolescente

Por su parte, los teóricos del procesamiento de la información ponen de relieve el mejoramiento de la metacognición en el adolescente (como la definimos en

el capítulo 8). Aprende a examinar y a modificar de manera consciente los procesos de pensamiento porque ha perfeccionado la capacidad para reflexionar sobre el pensamiento, formular estrategias y planear.

Así, pues, el desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia abarca lo siguiente:

1. Empleo más eficaz de componentes individuales de procesamiento de información como la memoria, la retención y la transferencia de información.
2. Estrategias más complejas que se aplican a diversos tipos de solución de problemas.
3. Medios más eficaces para adquirir información y almacenarla en formas simbólicas.
4. Funciones ejecutivas de orden superior: planeación, toma de decisiones y flexibilidad al escoger estrategias de una base más extensa de guiones (Sternberg, 1988).

Desde la perspectiva de la inteligencia, Robert Sternberg (1984, 1985) especificó tres componentes mensurables del procesamiento de la información, cada uno con una función propia:

1. *Metacomponentes*—Procesos de control de orden superior con los cuales se planea y se toman las decisiones; por ejemplo, la capacidad para elegir una estrategia de memoria y supervisar la eficacia con que esté funcionando (metamemoria).
2. *Componentes del desempeño*—Proceso con que se llega a la solución de un problema. A esta categoría pertenecen la selección y la recuperación de información relevante guardada en la memoria a largo plazo.
3. *Componentes de la adquisición de conocimientos (almacenamiento)*—Proceso que se utiliza en el aprendizaje de nueva información.

En lo esencial, “los metacomponentes son un mecanismo que permite crear estrategias y organizar los otros dos tipos de componentes en procedimientos orientados a metas” (Siegler, 1991). Se considera que todos esos procesos aumentan de manera gradual durante la niñez y la adolescencia. La teoría de Sternberg se describe esquemáticamente en la figura 10-3.

En resumen, el desarrollo cognoscitivo y, por lo mismo, el crecimiento de la inteligencia abarcan tanto la acumulación de conocimientos como el perfeccionamiento del procesamiento de la información. Son dos procesos interrelacionados. Los problemas se resuelven de manera más eficaz cuando se ha almacenado

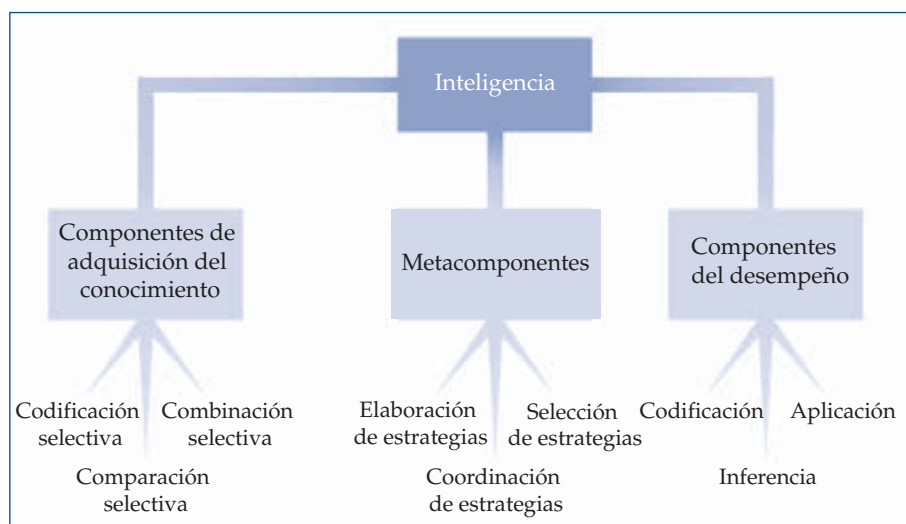


Figura 10-3

Diagrama de la teoría de la inteligencia propuesta por Sternberg (adaptado por Siegler, 1991)

Fuente: R. S. Siegler (1991). *Children's thinking* (2a. ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

información abundante y pertinente. Los individuos que tienen estrategias eficaces de almacenamiento y recuperación crean una base más completa de conocimientos. Los adolescentes resuelven los problemas y hacen inferencias en forma más adecuada y satisfactoria que los niños de edad escolar; pero también poseen más guiones o esquemas a los cuales recurrir. Recuerde que en la etapa preescolar los niños elaboran guiones simples para las actividades diarias. En cambio, el adolescente prepara guiones más complicados para circunstancias (un juego de pelota) o procedimientos especiales (la elección del presidente de un grupo). Cuando trata de resolver un problema, hace inferencias sobre su significado relacionándolas con sus guiones especiales más complejos.

Cambios en el alcance y el contenido del pensamiento

Los adolescentes usan sus incipientes habilidades cognoscitivas en actividades intelectuales y éticas que se concentran en su persona, su familia y el mundo. Gracias a estas destrezas cognoscitivas, el contenido de sus pensamientos amplía su alcance y su complejidad. Pueden ocuparse de situaciones contrarias a los hechos; por tanto, la lectura de ciencia ficción y de obras de fantasía, así como las imágenes visuales de este tipo se convierten en un pasatiempo popular. Les fascina experimentar con lo esotérico, con los cultos o con los estados alterados de conciencia alcanzados por cualquier medio, desde la meditación hasta las drogas. El pensamiento abstracto influye no sólo en esas actividades y el estudio de las ciencias y de las matemáticas, sino también en la forma en que analizan el mundo social.

Examen del mundo y de la familia La capacidad de entender situaciones contrarias a los hechos incide en la relación de los adolescentes con sus padres. Los adolescentes comparan a su progenitor ideal con el que ven todos los días. A menudo adoptan una actitud crítica ante las instituciones sociales, entre ellas la familia y en especial sus padres.

Por tanto, las disputas familiares suelen intensificarse durante los primeros años de la adolescencia. Sin embargo, muchos investigadores creen que son muy útiles los altercados por actividades diarias como los quehaceres domésticos, la ropa, las tareas escolares y las comidas. Le permiten al adolescente probar su independencia en cuestiones de poca importancia y en la seguridad de su hogar. En efecto, la *negociación* se ha convertido en una palabra usual en la psicología de la adolescencia. En vez de hablar de la rebeldía y la dolorosa separación de la familia, muchos investigadores prefieren describir la adolescencia como un periodo en que padres y adolescentes negocian nuevas relaciones. El adolescente necesita ser más independiente; los padres deben aprender a darle un trato más igualitario, con el derecho de tener opiniones propias. En la mayoría de los casos, la interacción entre esas necesidades antagónicas se realiza en una relación estrecha y afectuosa con los padres. Por ejemplo, en una investigación reciente, los adolescentes que tenían un concepto más firme de su personalidad habían sido criados en familias en las que los padres no sólo les ofrecían orientación y apoyo, sino que además les permitían desarrollar sus propios puntos de vista (Flaste, 1988).

Hacia la mitad y el final de la adolescencia aumenta el interés por los problemas sociales, políticos y morales. El adolescente comienza a aprender conceptos holísticos sobre la sociedad y sus instituciones, además de principios éticos que trascienden los que han aprendido en las relaciones interpersonales. Crea sus propias creencias respecto del sistema político dentro de los contextos cultural e histórico (Haste y Torney-Purta, 1992). Su conocimiento del mundo se vuelve más complejo con el tiempo, conforme va adquiriendo experiencia y conceptualiza teorías y escenarios más complejos. Cuando surgen conflictos modifica sus conceptos de las libertades civiles, entre ellos el de la libertad de expresión y la libertad de credo (Helwig, 1995).

El adolescente se vale además del análisis racional para conseguir una coherencia interna; puede evaluar lo que ha sido en el pasado y lo que confía llegar a ser. Se observan fluctuaciones y extremos en su comportamiento cuando comienza a analizar sus actos y su personalidad. Reestructura su conducta, sus ideas y sus actitudes para forjarse una autoimagen nueva y más individualizada o una mayor conformidad con las normas del grupo.

El perfeccionamiento de las capacidades cognoscitivas conseguido en la adolescencia también ayuda al adolescente a tomar decisiones vocacionales. Analiza las opciones reales e hipotéticas en relación con sus talentos y habilidades. Pero muchas veces, sólo al final de la adolescencia, basa sus decisiones vocacionales en una autoevaluación objetiva y en opciones profesionales factibles (Ginsburg, 1972).

Introspección y egocentrismo Como ya apuntamos, un aspecto importante del pensamiento de las operaciones formales es la capacidad para analizar los procesos del pensamiento propios. Los adolescentes lo hacen con mucha frecuencia; además de conocerse a sí mismos, conocen a los demás. Al tomar en cuenta las ideas de los otros, en combinación con la inquietud de los adolescentes por su propia “metamorfosis”, se origina una clase especial de egocentrismo. Suponen que los demás están tan fascinados con su personalidad como ellos. A veces, no distinguen sus preocupaciones de las de los otros. Tienden, pues, a sacar conclusiones precipitadas sobre las reacciones de quienes los rodean y a suponer que adoptarán la misma actitud de complacencia o de crítica que ellos. En particular, las investigaciones destacan que a los adolescentes les molesta más que a los niños más pequeños el hecho de que sus limitaciones sean señaladas a otros (Elkin y Bowen, 1979).

Se da el nombre de **audiencia imaginaria** a la idea del adolescente de que lo están vigilando y juzgando de continuo (Elkind, 1967). Su imaginación se concentra en sí mismo; por ello, esta audiencia comparte su interés por los pensamientos y sentimientos personales. El adolescente se sirve de ella para “ensayar” varias actitudes y conductas. La audiencia imaginaria es, asimismo, fuente de autoconciencia —sensación de estar constante y dolorosamente ante la vista de la gente. En virtud de que el adolescente no está seguro de su identidad personal, reacciona de modo exagerado ante las ideas de quienes tratan de saber quién es (Elkind, 1967).

Los adolescentes están ensimismados en sus propios pensamientos. Algunas veces creen que sus emociones son únicas y que nadie ha sentido ni sentirá el mismo grado de sufrimiento o de éxtasis. Como parte de esta variación del egocentrismo, algunos adolescentes desarrollan una **fábula personal** —sensación de que son tan especiales que deberían estar por encima de las leyes de la naturaleza, que nada malo puede ocurrirles y que vivirán para siempre. Esta creencia de ser invulnerable e inmortal quizás origina la conducta riesgosa que es tan frecuente durante la adolescencia (Buis y Thompson, 1989).

La *fantasía del expósito* (Elkind, 1974) se relaciona con la fábula personal. Los adolescentes están convencidos de que sus padres tienen muchas deficiencias. No aciertan a imaginar cómo dos personas tan comunes y limitadas pudieron haber procreado una persona tan sensible y especial: a “mí”. Como esto no es posible desde luego, el adolescente debe ser un hijo adoptivo o expósito. Pero, por fortuna, el egocentrismo normalmente empieza a desaparecer entre los 15 y los 16 años, a medida que se dan cuenta de que la gente no les presta mucha atención y de que también ellos están sujetos a las leyes naturales como cualquier otra persona.

En suma, la adolescencia a veces es una experiencia intelectualmente intoxicadora. El adolescente dirige hacia su interior los nuevos poderes del pensamiento para examinar mejor su yo y también hacia un mundo exterior que de repente se ha vuelto mucho más complicado.



La adolescencia es un periodo de ensimismamiento y reflexión sobre uno mismo. Algunas veces el adolescente se siente terriblemente solo y llega a creer que nadie ha pensado ni se ha sentido como él.

audiencia imaginaria Suposición del adolescente de que otros se fijan mucho en él y lo critican.

fábula personal Sensación del adolescente de que es especial e invulnerable; que no está sujeto a las leyes de la naturaleza que controlan el destino de los mortales comunes.

Continuación del desarrollo moral Conforme avanza hacia la adultez, el adolescente se ve obligado a enfrentar algunos aspectos de la moral que no había encontrado antes. Ahora que puede tener relaciones sexuales, por ejemplo, deberá decidir lo que significa el sexo para él y si tendrá relaciones prematrimoniales. Debe evaluar las conductas y las actitudes de compañeros que posiblemente consuman drogas o formen parte de pandillas. Deberá decidir si se esforzará por tener un buen aprovechamiento académico, si acepta integrarse a una sociedad para la cual el éxito equivale a riqueza y poder, si la religión será o no importante para él. En consecuencia, el adolescente comienza a examinar las cuestiones más generales que definirán su vida como adulto.

Algunas de sus decisiones, entre éstas las que conciernen al sexo, tienen consecuencias complejas e incluso pueden poner en peligro su vida. Rosemary Jadack y sus colegas (1995) investigaron el razonamiento moral de personas de 18 y 20 años sobre la conducta sexual, que pudiera conducir a enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA. Descubrieron que sólo los sujetos de 20 años analizaban en forma rigurosa los dilemas éticos relacionados con estas afecciones. Por lo visto, lleva tiempo desarrollar la capacidad para emitir un juicio moral respecto de las conductas que ponen en peligro la vida.

El pensamiento del adolescente cambia dentro del contexto de su incipiente sentido moral. Cuando llegan a la adolescencia, la mayoría de los niños estadounidenses ya superaron el primer nivel del desarrollo moral de Kohlberg (el nivel preconventional; véase el capítulo 9) y han alcanzado el nivel convencional que se basa en la conformidad social. Están motivados a evitar el castigo, orientarse a la obediencia y respetar los estereotipos éticos convencionales. En situaciones ordinarias, pueden permanecer toda la vida en este nivel de “la ley y el orden”, sobre todo si no tienen motivo alguno para ir más allá; en muchas situaciones de la vida cotidiana, este nivel de pensamiento funciona siempre y cuando evite problemas con la sociedad. Tal vez nunca lleguen a las etapas finales del desarrollo moral, en las cuales se piensa que la moral se basa en un contrato social y en principios éticos personales.

¿Puede aprenderse el pensamiento moral más avanzado? Kohlberg y otros establecieron un curso experimental de formación moral para niños y adolescentes de diversas clases sociales. Los resultados, aun tratándose de delincuentes juveniles, indican que es posible enseñar en efecto niveles más elevados de juicio moral. Las clases se concentran en discusiones sobre dilemas morales hipotéticos. Al adolescente se le plantea un problema y se le pide una solución. Si la respuesta se basa en la cuarta etapa, el líder de la discusión propone un razonamiento de la quinta etapa para comprobar si el adolescente cree que se trata de una buena alternativa. Casi siempre los estudiantes admiten que un razonamiento un poco más avanzado es más atractivo, y mediante varias discusiones llegan, tarde o temprano, a formarse juicios correspondientes a etapas superiores (Kohlberg, 1966).

A los educadores les interesa sobre todo la forma en que se desarrolla la moral durante la niñez y la adolescencia. Consideran que si pudieran entenderlo mejor podrían contribuir a resolver problemas como la delincuencia y el abuso de drogas, además de ayudar a crear un mejor orden social. De acuerdo con el modelo de Kohlberg, al plantearle al niño cuestiones morales de creciente complejidad se produce un *desequilibrio* en su mente, lo que lo obliga a pensar y tratar de resolver las contradicciones. El niño no puede examinar las paradojas ni los conflictos éticos, si no alcanza niveles más altos de razonamiento moral. Sin embargo, no es del todo claro que los juicios morales de nivel elevado favorezcan una conducta moral superior; hasta ahora se han efectuado muy pocas investigaciones sobre la relación entre ambos.

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Qué es el pensamiento operacional formal? ¿Cómo percibía Piaget los cambios cognoscitivos que ocurren durante la adolescencia?
2. ¿Cómo describen los teóricos del procesamiento de la información el desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia?
3. Describa el impacto que tiene el desarrollo cognoscitivo en los cambios de alcance y de contenido del pensamiento del adolescente.

RESUMEN

La adolescencia en nuestros días

- Varios factores se combinan para hacer de la adolescencia un nicho cultural muy peculiar en las sociedades modernas. Entre éstos podemos citar la segregación por edad, la dependencia económica prolongada, los grandes acontecimientos de la época que le toque vivir al adolescente y la influencia de los medios masivos de comunicación.

El ajuste al desarrollo físico

- Las características biológicas de la adolescencia son un notable aumento del ritmo de crecimiento, el desarrollo acelerado de los órganos reproductores y la aparición de las características sexuales secundarias.
- Los cambios físicos que se producen una vez iniciada la adolescencia están controlados por hormonas, sustancias que secretan las glándulas endocrinas y envían al torrente sanguíneo.
- El estirón del crecimiento es un periodo de crecimiento rápido en el tamaño y la fuerza física, acompañado de cambios en las proporciones corporales.
- La pubertad, obtención de la madurez sexual, suele presentarse más o menos un año después del estirón del crecimiento.
- Durante la adolescencia los varones comienzan a producir mayor cantidad de andrógenos, hormonas de las cuales la más importante es la testosterona; las mujeres comienzan a producir más estrógeno y progesterona. El hipotálamo y la hipófisis se encargan de mantener el equilibrio entre estas hormonas. La hipófisis produce además la hormona del crecimiento y las hormonas tróficas, que estimulan y regulan el funcionamiento de otras glándulas.
- En la mujer, la pubertad comienza con el primer ciclo menstrual, llamado también menarquia. En el varón comienza con la primera emisión de semen que contenga espermatozoides viables.
- En el varón, la primera indicación de la pubertad es un crecimiento acelerado de los testículos y del escroto, seguido por un crecimiento similar del pene al

cabo de un año. Se observa también un aumento en el tamaño del corazón y de los pulmones.

- En la mujer, el crecimiento de los senos suele ser la primera señal de la pubertad. El útero y la vagina también comienzan a desarrollarse. La menarquia ocurre más tarde, luego de que el estirón del crecimiento alcanza su punto culminante.
- Muchos adolescentes son muy sensibles respecto de su apariencia. Cuando su autoimagen no corresponde al ideal que ven en los medios, a veces se someten a dietas o regímenes rigurosos de acondicionamiento físico. El interés por la imagen corporal puede ocasionar trastornos de alimentación como la anorexia nerviosa o la bulimia.
- Una maduración temprana o tardía puede causar problemas al adolescente. Los adolescentes de maduración tardía son más pequeños y menos musculosos que los compañeros de su misma edad, por lo cual están en desventaja. Para las adolescentes la maduración tardía puede ser una ventaja, ya que la mujer madura más o menos al mismo tiempo que casi todos sus compañeros.
- La menarquia es un acontecimiento memorable para la mayoría de las niñas. Puede resultar traumática para aquellas a quienes no se les ha dado la información necesaria. Pero casi todas están bien preparadas y muestran una reacción positiva.

Actitudes y conducta sexuales

- La “revolución sexual” de las décadas de 1960 y 1970 se reflejó en un aumento de la actividad sexual entre los adolescentes y en una disminución de la “norma doble” que permitía mayor libertad sexual a los varones.
- Los problemas debidos al aumento de la actividad sexual son índices más altos de embarazo entre las adolescentes y propagación de enfermedades de origen sexual, incluido el SIDA.
- A finales de la década de 1980 las actitudes ante la sexualidad se volvieron más conservadoras.

- Durante la adolescencia, la identidad de género puede causar gran estrés a homosexuales o lesbianas si no cuentan con el apoyo de sus padres o compañeros. La situación ha empeorado mucho con la propagación del SIDA.
 - La edad en que el adolescente tiene sus primeras relaciones sexuales varía según el género y el grupo racial y subcultural. Los varones inician antes la actividad sexual y sus actitudes al respecto suelen ser distintas a las de las chicas.
 - La educación se relaciona con la conducta sexual. Los estudiantes que tienen un buen desempeño académico en el nivel medio superior suelen comenzar menos esta actividad a una edad temprana.
 - Las interacciones entre progenitor e hijo influyen en la conducta sexual del adolescente. Los adolescentes sexualmente activos por lo general señalan que la comunicación con sus padres no es satisfactoria.
 - La primera experiencia de muchos niños y adolescentes es el abuso sexual. La forma más común se da entre una adolescente de corta edad y un pariente adulto o amigo de la familia.
 - El abuso sexual tiene efectos negativos que pueden durar toda la vida. La adolescente puede sentirse culpable y avergonzada, aislada de sus compañeras y sin confianza en los adultos; puede tener problemas académicos o volverse promiscua. Casi siempre se distorsionan sus actitudes ante las relaciones íntimas.
 - Cada año se embarazan más de un millón de adolescentes, y la mitad de ellas da a luz. Entre las causas de índices tan elevados se encuentran el hecho de no usar anticonceptivos y la reducción del estigma social de tener hijos ilegítimos.
 - Por lo regular, en Estados Unidos las madres adolescentes abandonan la escuela y trabajan en empleos mal remunerados o necesitan ayuda gubernamental para subsistir. Si no se casan, es posible que se vean obligadas a seguir viviendo con su familia en estado de dependencia.
- Cambios cognoscitivos en la adolescencia*
- La mayoría de los adolescentes alcanzan el nivel del pensamiento operacional formal, que es abstracto, especulativo e independiente del entorno y las circunstancias inmediatas.
 - También muestran mayor capacidad para planear y prever las cosas.
 - No todos logran este nivel de desarrollo y los que sí lo consiguen no siempre lo emplean de manera constante.
 - Los teóricos del procesamiento de la información ponen de relieve el mejoramiento de la metacognición que permite al adolescente examinar sus procesos de pensamiento y modificarlos de modo consciente.
 - Sternberg identifica tres componentes del procesamiento de la información: los metacomponentes (procesos de control de orden superior), los componentes relacionados con el desempeño (aquellos con que se resuelven los problemas) y los componentes relacionados con la adquisición del conocimiento (los que sirven para aprender información nueva). Gracias a estas habilidades el adolescente resuelve los problemas y hace inferencias de manera más eficaz que los niños de edad escolar.
 - Los adolescentes se sirven de sus habilidades en desarrollo para actividades intelectuales y morales que concentran en ellos mismos, su familia y el mundo. Esto puede influir en la relación con sus padres. Para muchos investigadores la adolescencia es un periodo en que los padres y los adolescentes negocian nuevas relaciones.
 - El adolescente empieza a interesarse más por los problemas sociales, políticos y éticos. Su conocimiento del mundo se va perfeccionando cada vez más y aplica el análisis racional a estas cuestiones.
 - El adolescente desarrolla una forma de egocentrismo en la que no distingue entre sus intereses personales y los de los otros. *Audiencia imaginaria* es el nombre que se da al hecho de que el adolescente sienta que lo vigilan y lo juzgan constantemente. Algunos adolescentes crean una *fábula personal*, es decir, piensan que son tan especiales que no deberían estar sujetos a las leyes naturales.
 - A medida que avanza hacia la adultez, el adolescente debe tener en cuenta aspectos de la moral a los que no se había enfrentado antes. Sus decisiones cobran mayor importancia y se desarrolla más su sentido ético. Algunos alcanzan las etapas finales del modelo de desarrollo moral propuesto por Kohlberg, en el cual la moral se deduce de principios éticos personales.

CONCEPTOS BÁSICOS

ritos de transición
hormonas
estirón del crecimiento

pubertad
menarquia

audiencia imaginaria
fábula personal

UTILICE LO QUE APRENDIÓ

Poco a poco, entre los 10 y los 20 años de edad los adolescentes adquieren la capacidad de pensar en términos más abstractos que cuando eran más pequeños. A los 10 años, los niños entienden un poco el juego mediante las interacciones con sus padres, con sus profesores y compañeros. Las relaciones que sostienen con estos últimos les enseñan algo sobre la amistad. A los 20 años, los adultos jóvenes poseen ya un conocimiento mucho más completo y en general más abstracto sobre la justicia y la amistad. Ya no están limitados por casos y hechos concretos, sino que aplican principios generales y consideran situaciones hipotéticas.

Para que verifique personalmente esta transición, entreviste a dos adolescentes con una diferencia de edad por lo menos de cuatro años. Elija un par de cues-

tiones abstractas y alíentelos a que le digan lo que consideran importante y por qué. Por ejemplo:

- ¿Qué es un buen amigo?
- ¿Se le hace justicia a un negro en los tribunales de Estados Unidos?
- ¿Reciben las mujeres un trato igualitario en la sociedad moderna?
- ¿Se justifica la censura?
- ¿Qué debería hacer tú para crear un mundo perfecto?

Analice las diferencias que observe en las respuestas de los entrevistados y relaciónelas con lo expuesto en el presente capítulo. ¿Qué le indican las respuestas sobre el nivel de pensamiento abstracto de los entrevistados y sobre su desarrollo moral?

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

COLES, R. Y STOKES, G. (1985). *Sex and the American teenager*. Nueva York: Harper y Row. Presentación y explicación de una detallada encuesta basada en entrevistas sobre las actitudes y la conducta sexual de los adolescentes estadounidenses.

COLMAN, W. (1988). *Understanding and preventing AIDS*. Chicago: Children's Press. Panorama muy completo y con abundantes ejemplos de los adolescentes y sus padres, que entre otras cosas ofrece una exposición clara del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y perfiles realistas de los adolescentes afectados.

ERIKSON, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Nueva York: Norton. Explicación exhaustiva de la formación de identidad en el adolescente, con muchos ejemplos tomados de estudios de casos.

FELDMAN, S.S. Y ELLIOTT, G. R. (1990). *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Resultados del estudio tan completo de la Fundación Carnegie sobre el desarrollo del adolescente en un contexto social, presentados por profesionales y legos.

KEMPE, R. S. Y KEMPE, C. H. (1984). *The common secret: Sexual abuse of children and adolescents*. Nueva York: W. H. Freeman. Presentación impresionante y con muchas estadísticas de los tipos, el alcance y el impacto del abuso sexual en Estados Unidos.

PIPHER, M. B. (1995). *Reviving Ophelia: Saving the selves of adolescent girls*. Nueva York: Ballantine. Libro

atractivo, que no dudamos en recomendar, basado en historias de casos de la lucha de jóvenes por someterse a la rigurosa definición tradicional de "mujer". Incluye sugerencias concretas sobre cómo crear y mantener un sólido sentido del yo.

ROSENBERG, E. (1983). *Growing up feeling good*. Nueva York: Beaufort Books. Una de las mejores guías de autoayuda para adolescentes jóvenes; es útil también para los padres de adolescentes y para los profesores.

RUBIN, N.J. (1994). *Ask me if I care: Voices from American high school*. Berkeley, CA: Ten Speed Press. Un profesor muy admirado y respetado de nivel medio expone las inquietudes de sus alumnos respecto de los problemas actuales del adolescente.

SHENGOLD, L. (1989). *Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation*. New Haven, CT: Yale University Press. Este psiquiatra explora los resultados que tiene el trauma psicológico del abuso infantil en el adulto. Examina la vida de Dickens, Kipling, Chekov y Orwell, lo mismo que a otros contemporáneos que fueron víctimas de esta forma de abuso.

UNKS, G. (ed.) (1995). *The gay teen*. Nueva York: Routledge. Esta popular colección de artículos, publicados originalmente en un número especial de *High School Journal*, abarca todos los aspectos de la identidad sexual de los heterosexuales y los homosexuales en las escuelas de nivel medio superior.

11

Adolescencia: desarrollo de la personalidad y socialización

CAPÍTULO



TEMARIO

Tareas del desarrollo en la adolescencia

Independencia e interdependencia
Formación de la identidad

Dinámica familiar

Comunicación entre generaciones
Cambios en la familia moderna
Abandono del hogar paterno

Compañeros y amigos

Comparación social
Noviazgo
Pandillas, bandas y solitarios
Negociación de límites: compañeros y progenitores

Riesgos y peligros de la adolescencia

Aceptación de riesgos
Consumo y abuso de drogas
Delincuencia

Estrés, depresión y afrontamiento del adolescente

Depresión
La depresión y otros trastornos
Factores de protección y conductas de afrontamiento

Investigación en Hispanoamérica

La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos

Alma Cecilia Díaz Rodríguez / Ana María González Sandoval / Nadia Minor Ferra / Omar Moreno Almazán
FES Iztacala, UNAM

Un fenómeno observado con frecuencia entre los adolescentes es la conducta autodestructiva manifestada físicamente y sin intencionalidad suicida, este comportamiento ha sido estudiado por la psicología, habiendo una variedad extensa en clasificaciones y formas. El objetivo de esta investigación es realizar un análisis comparativo de la relación entre la conducta autodestructiva manifestada físicamente, en una muestra de adolescentes mexiquenses y las características de los rasgos de personalidad. Se realizó un estudio descriptivo y transversal; con una muestra de 19 estudiantes mexicanos, de entre 12 y 14 años. [...] Los resultados nos ayudan a confirmar la existencia de una asociación entre ciertos trastornos de personalidad con las conductas autodestructivas y en distintos niveles.

[...] La conducta violenta tiene estrecha relación con la agresión y se ha convertido en un problema de salud pública, sobre todo en los adolescentes, ya que las características de los actos violentos o desórdenes patológicos cambian rápidamente desconcertando al joven, quien se ve inmerso en la práctica de conductas destructivas, tanto hacia él mismo (autolesiones, conducta suicida) como hacia los demás (lesiones, robos, homicidios; Ross, 1991).

Las primeras conductas mencionadas, en las que el individuo ejerce violencia contra sí mismo, son llamadas autodestructivas, el temario Auxiliares Sanitarios (2006) define a este comportamiento en dos modos distintos; por un lado, en la conducta autodestructiva directa se incluyen formas como “pensamientos suicidas, conductas suicidas y suicidio consumado”; por otra parte, la conducta autodestructiva indirecta no implica la intención de morir, pero “pone en riesgo la vida, de manera reiterada y frecuente, teniendo como consecuencia la autolisis del sujeto”; ésta última, comprende una amplia clasificación de comportamientos como el tabaquismo, la anorexia y las conductas sexuales de riesgo, entre otras, así como prácticas en las que, según nos menciona Ross (1991), el daño autoinfligido es físico y concretamente se presenta a manera de cortaduras, cabezazos, mordeduras y golpes en los ojos; sólo por mencionar algunos.

[...] A partir de los resultados obtenidos se considera una posible relación entre el trastorno cognitivo —conductual y la conducta autolesiva en adolescentes mexicanos, como lo refirieron algunos datos de la literatura.

Discusión

La interpretación de los resultados confirmó que existe relación, al menos en un rasgo de la personalidad, con la conducta autolesiva presentada en la muestra de estudio, el cual corresponde al rasgo de Trastorno Cognitivo-Conductual, lo que respalda lo mencionado por Mendoza y Pellicer (2002) respecto a esta misma vinculación y sus posibles afectaciones a la esfera cognitiva del desarrollo humano.

Con base en estos resultados, es posible respaldar la hipótesis que vincula a la conducta autolesiva con algunos trastornos de personalidad, particularmente, con trastornos cognitivos conductuales. Así



pues, se puede sugerir que los adolescentes que presentan un cuadro de personalidad con estas características, tienen altas probabilidades de desarrollar conductas autolesivas.

Además puede percibirse que el comportamiento de autolesión se observa con mayor frecuencia en adolescentes mujeres, característica que concuerda con lo referido por Rodríguez y Pérez (2007).

De acuerdo con lo anterior sugerimos una replicación del estudio en una muestra poblacional grande con la finalidad de confirmar los resultados obtenidos en esta investigación.

Cabe destacar que este estudio ha sido desarrollado con una muestra correspondiente a un contexto y, por lo tanto, sus resultados pueden ampliarse al generar nuevas líneas de investigación que se dirijan a una expansión en cuanto a la muestra y una variabilidad en cuanto a las distintas “tribus” o grupos sociales de adolescentes que actualmente conviven en el país, y de entre los cuales muchos cuentan con esta práctica autolesiva.

De igual manera, este estudio se ha enfocado en el análisis de los cuadros de personalidad de los adolescentes que mantienen esta tendencia; sin embargo, esto corresponde sólo a factores internos. Por lo tanto, se sugiere en lo sucesivo, considerar el análisis de factores externos propios del entorno en el que ellos conviven y que pudieran ser determinantes para la aparición de este fenómeno conductual de autoagresión.

FUENTE: *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 11, núm. 4, diciembre de 2008, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México.

Objetivos del capítulo



Cuando termine este capítulo, podrás:

1. Exponer los principales conflictos del desarrollo que el adolescente debe resolver para transitar con éxito a la adultez.
2. Explicar el concepto de estatus de identidad.
3. Describir la forma en que la comunicación entre generaciones, que incluye los estilos de crianza y la dinámica familiar, continúa influyendo en la conducta del adolescente.
4. Identificar las características principales del funcionamiento familiar exitoso durante el avance del adolescente hacia la independencia.
5. Explicar la importancia de los compañeros en la vida del adolescente, y la forma en que las relaciones van cambiando durante la adolescencia.
6. Describir los factores y procesos que contribuyen a moldear el desarrollo moral y la elección de valores durante la adolescencia.
7. Exponer los patrones de aceptación de riesgo por parte del adolescente, incluidos el consumo de drogas y la delincuencia.
8. Explicar las relaciones existentes entre estrés y depresión en los adolescentes.

Los adolescentes muestran una combinación curiosa de madurez y puerilidad al hacer la transición a la adultez. La combinación resulta torpe y a veces cómica, pero cumple una importante función en el desarrollo. La forma en que el adolescente afronta el estrés ocasionado por los cambios de su cuerpo y por sus nuevos roles depende del desarrollo de su personalidad en los años anteriores. Para enfrentar los nuevos retos, el adolescente se vale de habilidades, recursos y fuerzas que empezó a desarrollar mucho antes.

En el capítulo precedente vimos que el periodo de transición entre la niñez y la adultez varía de modo considerable de una cultura a otra. En algunas sociedades, las habilidades del adulto se dominan con prontitud y facilidad; necesitan urgentemente más miembros adultos, de modo que se les contrata apenas salen de la pubertad. Por el contrario, en las naciones industrializadas la transición exitosa a la adultez requiere a menudo muchos años de escolaridad y de formación vocacional. En las sociedades modernas, la adolescencia a menudo abarca desde la pubertad hasta los últimos años de este periodo. Los adolescentes viven, pues, en el limbo: muchos, pese a su madurez física e intelectual, no tienen acceso a un trabajo importante.

Por un lado, la prolongada adolescencia les brinda muchas oportunidades de probar diversos estilos del adulto sin comprometerse en forma irrevocable. Por otro lado, 10 años de adolescencia generan presiones y conflictos, como la necesidad de parecer independiente y refinado cuando aún se depende de los padres en lo económico.

Algunos adolescentes sienten una fuerte presión de sus progenitores, quienes les transfieren sus compulsiones de alcanzar el éxito y un nivel social más elevado (Elkind, 1997). Deben afrontar estas presiones y las provenientes de su interior. También tienen que cumplir importantes tareas del desarrollo e integrar los resultados en una identidad coherente y funcional.

En este capítulo veremos cómo encaran los jóvenes los retos de la adolescencia, lo mismo que los triunfos y fracasos resultantes. Examinaremos la manera

en que adoptan valores, forman lealtades y maduran. En todo esto intervienen progenitores, compañeros —bandas, pandillas y amigos íntimos— y decisiones tan amplias y variadas como la propia sociedad. Participan, asimismo, las tensiones y los patrones destructivos de afrontamiento que a veces originan patrones conductuales de riesgo como el abuso de las drogas, la delincuencia e incluso la depresión y el suicidio.

Tareas del desarrollo en la adolescencia

Cada periodo de la vida plantea retos y problemas de desarrollo que exigen nuevas habilidades y respuestas. En general, los teóricos coinciden en que el adolescente debe encarar dos grandes desafíos:

1. Lograr la autonomía y la independencia respecto de sus padres.
2. Formar una identidad, esto es, crear un yo integral que combine en forma armoniosa varios elementos de la personalidad.

Se considera por tradición que la adolescencia es un periodo de *Sturm and Drang* (crisis y tensiones), es decir, de una terrible confusión de emociones y conductas. La expresión en cursivas proviene de un movimiento literario alemán de finales del siglo XVIII y principios del XIX (*Sturm and Drang* en alemán significa literalmente tormenta y tensión). Lo adoptó Anna Freud para designar el estado emocional que, según ella, caracteriza a la adolescencia. Llegó incluso a señalar: “Ser normal durante este periodo es ya una anomalía” (1958). Junto con otros freudianos sostuvo que el inicio de la maduración biológica y la intensificación de la pulsión sexual producen grandes conflictos entre los adolescentes y sus padres, sus compañeros y con ellos mismos.

¿Están los adolescentes en crisis constante? Algunos lo están, pero sabemos que no es así en la generalidad de los casos. La mayoría de ellos son personas bien ajustadas y no tienen grandes conflictos con sus progenitores, con sus compañeros ni consigo mismos. Se estima que apenas entre 10 y 20 por ciento sufren problemas psicológicos, porcentaje semejante al de los adultos de la población general (Powers y otros, 1989).

Independencia e interdependencia

Según la idea predominante, el adolescente se sirve del conflicto y la rebeldía para alcanzar la autonomía y la independencia de sus padres. Desde mediados de la década de 1960 sobre todo, los medios de comunicación masiva se han concentrado en la “brecha generacional” (consúltese el recuadro “Estudio de la diversidad”, página 378) y en los turbulentos conflictos entre padres e hijos. Las historias basadas en este tema pueden ser dramáticas e interesantes, pero no se dispone de suficientes pruebas que las respalden. Las investigaciones al respecto indican que se ha exagerado el conflicto existente entre el adolescente y su familia.

Aunque la distancia emocional entre el muchacho y sus padres suele aumentar durante los primeros años de la adolescencia (Steinberg, 1988), esta tendencia no por fuerza genera rebeldía ni rechazo de los valores familiares. En un estudio sobre 6,000 adolescentes de 10 países —Australia, Bangladesh, Hungría, Israel, Italia, Japón, Taiwán, Turquía, Estados Unidos y la ex Alemania Occidental—, Daniel Offer y sus colegas (1988) aplicaron un cuestionario que se concentraba en la forma en que el adolescente percibe las relaciones familiares. Descubrieron que, en todas las naciones, la gran mayoría se llevaba bien con sus padres y tenía actitudes positivas hacia la familia. Sólo pequeños porcentajes de los participantes aprobaban las siguientes ideas negativas:



Contra la creencia popular, la rebeldía contra los padres no marca a la adolescencia.

ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD

LA GENERACIÓN X Y LOS BABY BOOMERS

Al parecer, los adolescentes libran sin remedio una lucha encarnizada con la generación anterior, la cual está convencida de que “ellos sí saben”. Esta tendencia nunca ha sido tan clara como en la actualidad. Por un lado, está lo que se conoce como generación X, integrada por 80 millones de adolescentes y adultos jóvenes nacidos entre 1961 y 1981. Por otro, encontramos la generación de los *baby boomers* (o generación del auge de la natalidad, o de la posguerra como también se conoce), constituida por 70 millones de personas nacidas entre 1943 y 1960.

Neil Howe y William Strauss (1992) llevaron a cabo un interesante análisis sobre las asombrosas diferencias entre ambas generaciones. Muchos *baby boomers* recibieron un trato muy indulgente desde el nacimiento. Fueron criados en el ambiente permisivo recomendado por el doctor Benjamin Spock en su libro clásico *Baby and Child Care* —obra que ha vendido casi tantos ejemplares como la Biblia. Al llegar a la adolescencia ya les había decepcionado lo que veían a su alrededor. Querían crear un mundo mejor y estaban dispuestos a emprender una revolución social con tal de conseguirlo. Su enojo contra “el orden establecido” se expresaba en grandes —y a menudo violentas— demostraciones de protesta contra la intervención de Estados Unidos en la Guerra de Vietnam. Aunque los manifestantes representaban aproximadamente 15 por ciento de los jóvenes, fijaron la actitud de toda una generación.

A medida que fue madurando la generación, su tendencia al compromiso personal se tradujo en una sabiduría moral —conocer con exactitud lo bueno o correcto— que se ha dirigido sobre todo a la siguiente generación. En otras palabras, a los *Baby Boomers* les complacía decir a los demás lo que debían hacer. Pero la nueva generación no compartía necesariamente su punto de vista. La generación X alcanzó la mayoría de edad sin muchas de las ventajas que la anterior había disfrutado: muchos jóvenes de esta generación no podían encontrar trabajos decentes; la necesidad económica obligó a muchos de ellos a seguir viviendo con sus padres; y no pocos estaban convencidos de que la falta de disciplina personal de los *baby boomers* les había legado un futuro incierto y hasta peligroso.

Más aún, como la generación anterior resintió el impacto del incremento acelerado de la tasa de divorcios, muchos integrantes de la generación X crecieron en familias de un solo progenitor. Peor aún: sus padres concedían mayor importancia a los bienes materiales que a la crianza de los hijos. Howe y Strauss lo explican de la siguiente manera: “Entre las décadas de 1960 y 1980, los preadolescentes estadounidenses crecieron con muy poco afecto durante el periodo más virulentamente antinfantil en la historia moderna de Estados Unidos. Algunas expresiones peyorativas (como ‘niño con llave’) entraron en su lenguaje común. Las prioridades del país estaban en otro lado” (páginas 77-78). Cuando los miembros de la generación X ingresaron a la fuerza laboral, descubrieron que su ingreso ajustado

a la inflación era mucho más bajo que el de los *baby boomers* y que iba en aumento el índice de pobreza de las personas menores de 30 años. Como resultado, la generación X entrañó un odio y un resentimiento crecientes hacia la de los *baby boomers*.

Por su parte, los *baby boomers* dieron el mote de “generación perdida” a los integrantes de la generación X. En opinión de Howe y Strauss.

Esta generación —mejor dicho, su reputación— se ha convertido en una metáfora de la pérdida de metas en Estados Unidos, del desencanto con las instituciones, de la pérdida de esperanza en la cultura y del temor al futuro. En la actualidad, muchos *baby boomers* están firmemente convencidos de que los miembros de la generación X son personas poco positivas. La actitud proviene en parte de una nostalgia vaga, en parte de un puritanismo egoísta; pero el hecho mismo de que vaya imponiéndose constituye un grave problema para los jóvenes modernos. No los culparíamos si se creen una especie de hoyo negro demográfico, cuya misión asignada por los mayores consiste en vivir los tres siguientes cuartos de siglo sin causarle mucho daño al país (página 79).

Entre los *baby boomers* y los miembros de la generación X existe una profunda brecha generacional. El conflicto necesariamente se agravará a medida que una generación envejezca y la otra llegue a la adultez.

Fuente: Neil Howe y William Strauss, “The New Generation Gap”. *The Atlantic Monthly*, diciembre de 1992, páginas 67-89.

Mis padres se avergüenzan de mí. (7%)

Desde hace años tengo un resentimiento contra mis padres. (9%)

Muy a menudo siento que mi madre no es buena. (9%)

Muy a menudo siento que mi padre no es bueno. (13%)

Mis padres me decepcionarán en el futuro. (11%)

Las respuestas diferían un poco entre los países, lo cual subraya la importancia del contexto cultural en el desarrollo de los adolescentes. Los jóvenes israelíes, por ejemplo, mostraron las relaciones familiares más positivas, probablemente por la importancia que concede a la familia la cultura judía tradicional. En general,

los hallazgos de Offer contradicen la idea freudiana del conflicto inevitable que surge de las pulsiones y los cambios biológicos.

Es necesario reconsiderar las definiciones de la autonomía que recalcan la libertad de la influencia de los padres. La independencia ha de tener en cuenta el influjo permanente que éstos ejercen durante la adolescencia y después de ésta. John Hill (1987) propone un método interesante para estudiar la búsqueda de independencia en esta etapa. Considera que la autonomía debería definirse como *autorregulación*. La independencia implica la capacidad de hacer juicios por uno mismo y regular la conducta personal, lo cual se refleja en expresiones como “Piensa por ti mismo”. Muchos adolescentes aprenden a hacerlo. Reconsideran las reglas, los valores y los límites que experimentaron de niños en la casa y en la escuela. Algunas veces encuentran mucha resistencia en sus padres, y esto puede producir conflictos. Pero por lo regular sus progenitores resuelven el proceso junto con ellos, disminuyendo en lo posible las áreas de conflicto y ayudándoles a aprender un pensamiento independiente y una conducta autorregulada (Hill, 1987).

Convertirse en adulto es, desde luego, una transformación gradual. Exige ser al mismo tiempo independiente e interdependiente. La **interdependencia** se define como una dependencia recíproca. Las relaciones sociales son interdependientes como se observa, por ejemplo, en el lugar de trabajo. Los jefes necesitan a sus subalternos para producir y los subalternos a sus jefes para que administren la empresa. En conclusión, la interdependencia supone compromisos a largo plazo y apegos interpersonales (Gilligan, 1987).

Formación de la identidad

Antes de la adolescencia nos vemos a nosotros mismos en función de diversos roles (amigo, enemigo, estudiante, jugador de fútbol, guitarrista) y en función de la pertenencia a pandillas, clubes o bandas. Gracias al perfeccionamiento de las facultades cognoscitivas (vea el capítulo 10) podemos analizar nuestros roles, identificar contradicciones y conflictos en éstos y reestructurarlos para forjar nuestra identidad. Unas veces abandonamos roles anteriores; en otras ocasiones, establecemos nuevas relaciones con nuestros padres, hermanos y compañeros. Erikson (1968) ve en el proceso de la **formación de la identidad** el principal obstáculo que los adolescentes han de superar para realizar una transición exitosa a la adultez. De manera ideal, ingresan a la vida adulta con un sentido estable y coherente de lo que son y de cómo encajan en la sociedad.

Factores que influyen en la identidad Los adolescentes obtienen de los grupos de referencia muchas de las ideas concernientes a los roles y valores. Los *grupos de referencia* pueden estar compuestos por individuos con quienes interactúan a menudo y con los que mantienen relaciones estrechas, o bien pueden ser grupos sociales más generales con los que comparten actitudes e ideales: grupos religiosos, étnicos, generacionales y hasta de charla por Internet. Sin importar si son amplios o reducidos, confirman o rechazan los valores y en ocasiones imponen otros.

El adolescente está obligado a convivir con varios grupos de referencia. La pertenencia a ellos que era casi automática en la niñez —digamos, en la familia, la pandilla del barrio o el grupo juvenil de la parroquia— ya no resulta tan cómoda ni tan satisfactoria como antes. Muchas veces siente lealtades contradictorias hacia la familia, los grupos de compañeros y otros grupos de referencia.

En ocasiones, el adolescente se siente más atraído por los valores y las actitudes de un individuo que por los de un grupo. Este *otro significativo* puede ser un amigo íntimo, un profesor admirado, un hermano mayor, una estrella cinematográfica o deportiva o cualquiera cuyas ideas y conductas admire.



Puede conocerse mucho sobre el sentido de identidad de un adolescente con sólo recorrer su cuarto.

interdependencia Dependencia recíproca.

formación de la identidad Obtención del sentido de lo que somos y de cómo encajamos en la sociedad.

La influencia de estas personas se siente en cualquier etapa de la vida, pero a menudo ejerce el máximo impacto durante la adolescencia.

En suma, el adolescente está rodeado por una extraordinaria diversidad de roles aportados por múltiples individuos y grupos de referencia. Debe integrar esos roles a una identidad personal y conciliar o desechar los contradictorios. Este proceso se dificulta aún más cuando hay conflicto entre los roles (por ejemplo, entre pertenecer a un grupo orientado a la diversión y ser un buen estudiante) o entre otras personas significativas (por ejemplo, entre un hermano mayor y el novio o la novia).

Concepto de identidad propuesto por Erikson Erikson dedicó gran parte de su vida profesional a trabajar como psicólogo clínico de adolescentes y adultos jóvenes. Sus escritos sobre el proceso de establecer un “sentido interno de identidad” han ejercido un profundo impacto en la psicología del desarrollo. De acuerdo con Erikson, la formación de la identidad suele ser un proceso prolongado y complejo de *autodefinición*. Este proceso ofrece continuidad entre el pasado, el presente y el futuro del individuo; crea una estructura que le permite organizar e integrar las conductas en diversas áreas de la vida; y concilia sus inclinaciones y talentos con roles anteriores provenientes de los padres, los compañeros o la sociedad. La formación de la identidad ayuda además al adolescente a conocer su posición con respecto a los otros, y con ello sienta las bases de las comparaciones sociales. Por último, el sentido de identidad contribuye a darle dirección, propósito y significado a la vida (Erikson, 1959, 1963, 1968; Waterman, 1985).

Modos de formación de la identidad James Marcia (1980) perfeccionó la teoría de Erikson y definió cuatro estados, o modos, de la formación de la identidad; a saber: *exclusión*, *difusión*, *moratoria* y *consecución de la identidad*. Los estados se resumen en el diagrama de estudio en la página siguiente. Se pretende determinar si el individuo pasó por un periodo de toma de decisiones denominado **crisis de identidad** y si se ha comprometido con una serie específica de opciones; por ejemplo, con un sistema de valores o un proyecto ocupacional.

Los adolescentes que se encuentran en el **estado de exclusión** ya hicieron compromisos sin dedicar mucho tiempo a la toma de decisiones. Han escogido una ocupación, una concepción religiosa, una doctrina ideológica y otros aspectos de su identidad; pero las adoptaron de manera prematura y fueron decididas más por sus padres y sus maestros que por ellos mismos. Su transición a la adultez tiene lugar sin sobresaltos y con pocos conflictos, pero también con poca experimentación.

En el **estado de difusión** se encuentran los jóvenes que carecen de orientación y parecen poco motivados para encontrarla. No han experimentado una crisis ni han elegido un rol profesional ni un código moral. Están evitando la decisión. Para algunos la vida gira en torno a la gratificación inmediata. Otros prueban, al parecer de manera aleatoria, varias clases de actitudes y conductas (Coté y Levine, 1988).

En el **estado de moratoria**, los adolescentes o adultos jóvenes pasan por una crisis de identidad o se encuentran en un periodo de toma de decisiones. Éstas pueden referirse a opciones profesionales, valores éticos o religiosos, o filosofías políticas. Durante este estado les preocupa “encontrarse a sí mismos”.

Por último, la **consecución de la identidad** es el estado que alcanzan quienes ya superaron una crisis de identidad y establecieron sus compromisos. Por tanto, trabajan por su cuenta y tratan de vivir conforme a un código ético formulado por ellos mismos. La consecución de la identidad suele considerarse el estado más conveniente y maduro (Marcia, 1980).

Efectos del estado de identidad Los investigadores señalan que el estado de identidad influye de modo profundo en las expectativas sociales del adolescente,

crisis de identidad Periodo de toma de decisiones sobre cuestiones importantes como: “¿Quién soy y a dónde me dirijo?”

estado de exclusión Estado de quienes han hecho compromisos sin pasar por una crisis de identidad.

estado de difusión Estado de quienes no han pasado por una crisis de identidad ni han hecho compromisos.

estado de moratoria Estado de quienes se encuentran en una crisis de identidad.

consecución de la identidad Estado de quienes han pasado por una crisis de identidad y han hecho compromisos.

Diagrama de estudio • Tipos de formación de la identidad propuestos por Marcia

Tipo	Descripción	Efectos en el adolescente
Exclusión	Se hacen compromisos sin tomar muchas decisiones.	Se manifiesta un mínimo de ansiedad; valores más autoritarios y vínculos positivos y sólidos con los otros significativos.
Difusión	Todavía no se hacen compromisos; se tiene poco sentido de dirección; se rehuye el asunto.	A veces se abandona la escuela o se recurre al alcohol u otras sustancias para evadir la propia responsabilidad.
Moratoria	Se pasa por una crisis de identidad o por un periodo de toma de decisiones.	Se sufre ansiedad ante las decisiones sin resolver; se lucha con opciones y decisiones antagónicas.
Consecución de la identidad	Se hacen compromisos después de superar una crisis de identidad.	Se tiene sentimientos equilibrados por los padres y la familia; es menos difícil alcanzar la independencia.

en su imagen personal y en sus reacciones ante el estrés. Más aún, las investigaciones transculturales efectuadas en Estados Unidos, Dinamarca, Israel y otras sociedades demuestran que los cuatro estados forman parte de un proceso de desarrollo relativamente universal, por lo menos en las culturas caracterizadas por una adolescencia larga. En seguida veremos cómo interactúan los cuatro estados con algunos problemas de la adolescencia.

Debido a las decisiones no resueltas, la ansiedad es la emoción dominante entre los jóvenes que se hallan en el estado de moratoria. A menudo luchan con opciones y valores antagónicos; los abruman de continuo la impredecibilidad y las contradicciones. Las relaciones con sus progenitores son ambivalentes: luchan por conseguir la libertad y, al mismo tiempo, temen o resienten la desaprobación de sus padres. Muchos estudiantes universitarios se encuentran en el estado de moratoria.

En cambio, los adolescentes en el estado de exclusión sienten muy poca ansiedad. Tienen valores más autoritarios que los que encuentran en otros estados y vínculos más fuertes y positivos con las personas importantes en su vida. Los varones que se encuentran en el estado de exclusión suelen tener una autoestima menor que quienes se hallan en el estado de moratoria y es fácil persuadirlos (Marcia, 1980).

El estado de difusión se observa con mayor frecuencia en adolescentes que han sufrido el rechazo o la negligencia de progenitores apáticos y poco afectuosos. Dejan la escuela y se refugian en el alcohol o las drogas para evadir su responsabilidad. Diana Baumrind (1991) demostró que el consumo de sustancias es más común en hijos de padres “indiferentes” (vea el capítulo 7).

Los adolescentes que alcanzaron el estado de consecución de la identidad muestran los sentimientos más equilibrados hacia sus padres y su familia. Su búsqueda de independencia contiene menos carga emocional que la de los jóvenes que se hallan en el estado de moratoria, además en esa búsqueda tampoco se observan el aislamiento ni la sensación de abandono que afectan a quienes se encuentran en el estado de difusión (Marcia, 1980).

Con la edad aumenta la proporción de personas en el estado de consecución de la identidad. En la enseñanza media superior hay muchas más personas en los estados de difusión y exclusión que en los de moratoria y de consecución de la identidad. El estado depende, asimismo, del aspecto de la identidad en cuestión: un estudiante de enseñanza media puede hallarse en el de exclusión respecto de su preferencia de roles sexuales, en el de moratoria respecto de su

decisión vocacional o creencias religiosas y en el de difusión respecto de sus principios políticos.

Diferencias sexuales Marcia y otros investigadores descubrieron una notable diferencia en la conducta y en las actitudes de ambos sexos asociada con los cuatro estados de identidad. Por ejemplo, los varones parecen tener una gran autoestima en los estados de consecución y moratoria de la identidad. Las mujeres, por su parte, presentan más conflictos sin resolver, sobre todo en lo tocante a las decisiones familiares y profesionales.

Los estudios posteriores confirman en forma parcial los resultados iniciales, pero ofrecen una situación más compleja. Por ejemplo, Sally Archer (1985) observó que, en lo que se refiere a las decisiones familiares y profesionales, las adolescentes en los últimos años de la enseñanza media superior suelen encontrarse en el estado de exclusión y los varones en un estado de difusión. Más aún, en los estados de exclusión y de moratoria las chicas manifiestan mucha incertidumbre ante la conciliación de conflictos que surgen en su familia y en sus preferencias profesionales. Aunque ambos sexos afirman que planean casarse, tener hijos y ejercer una carrera, es más probable que las muchachas expresen preocupación por posibles conflictos entre su familia y su carrera. Cuando se les preguntó cuánto les preocupaba, 75 por ciento de los varones y 16 por ciento de las mujeres dijeron que nada, 25 por ciento de los varones y 42 por ciento de las mujeres dijeron que un poco, ninguno de los varones y 42 por ciento de las mujeres dijeron que mucho.

Los resultados son mixtos en otras áreas importantes de interés como las creencias religiosas y políticas. En el caso de la religión, la investigación no revela diferencias notables de género. Pero en lo que se refiere a las creencias políticas parece haber una diferencia significativa en el estado de identidad entre los varones y las adolescentes de mayor edad. Los primeros se hallan más a menudo en el estado de consecución de la identidad, mientras que las segundas se encuentran más a menudo en el estado de exclusión (Waterman, 1985).

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Cuáles son los principales retos del desarrollo que plantea la adolescencia?
2. Describa los procesos con que se obtienen la independencia e interdependencia en relación con el desarrollo del adolescente.
3. Describa el concepto de formación de la identidad propuesto por Erikson.
4. Explique los cuatro estados de identidad propuestos por Marcia.

Dinámica familiar

Durante el proceso de formación de la identidad los adolescentes se ven obligados a juzgar sus valores y conductas en relación con los de la familia. A su vez, las funciones más importantes de los progenitores parecen a menudo paradójicas. Por una parte, los padres exitosos brindan a los hijos raíces y un sentido de seguridad en un ambiente en el que se sienten amados y aceptados. Por otra, los alientan para que se conviertan en adultos autónomos capaces de funcionar de modo independiente en la sociedad.

La forma en que los padres interactúan con los adolescentes influye de modo decisivo en la forma en que éstos avanzan a la adultez. Los sistemas familiares son dinámicos: los cambios conductuales de un miembro de la familia inciden en los demás. Por ser la adolescencia un periodo de modificaciones

trascendentales y a veces radicales, la familia también cambia como sistema social, lo mismo que la índole de la comunicación entre generaciones.

Comunicación entre generaciones

Por lo regular, la incipiente necesidad de autonomía y autodefinición hacen que el adolescente tenga por lo menos pequeñas fricciones con la familia y sienta mayor urgencia de hablar con los padres sobre algunas cuestiones. Sigue recibiendo el fuerte influjo de su familia, aunque los vínculos con ésta hayan entrado en gran tensión. Los estudios realizados en los últimos 25 años demuestran que el conflicto entre el adolescente y su familia es mucho menor de lo que se consideraba. Las encuestas señalan la existencia de conflictos serios apenas entre 15 y 25 por ciento de las familias. Casi todos giran en torno a cosas tan simples como los quehaceres domésticos, la hora de dormir, el noviazgo, las calificaciones escolares, el aspecto personal y los hábitos de alimentación. Mucho menos comunes son los conflictos relacionados con valores básicos de carácter económico, religioso, social y político (Hill, 1987). Son relativamente pocos los adolescentes que se forman opiniones en verdad independientes sobre asuntos ideológicos, y casi siempre lo hacen en los últimos años de la enseñanza media superior o durante sus estudios universitarios (Waterman, 1985).

Por lo general, en los primeros años de la adolescencia se presentan más conflictos que en los últimos. Cuando los adolescentes y sus padres son mayores logran superar los arduos problemas de la autonomía y la separación. Conviene que unos y otros comprendan que, si consiguen mantener la comunicación y compartir puntos de vista durante la adolescencia, podrán negociar las cuestiones difíciles.

Los padres y las madres influyen en sus hijos adolescentes de distintas maneras. Aunque no hay mucha diferencia en la forma en que los adolescentes de ambos sexos describen sus relaciones familiares (Hauser y otros, 1987; Youniss y Ketterlinus, 1987), sí existe una diferencia considerable entre la conducta y los roles de las madres y los padres (Steinberg, 1987a). Los padres suelen estimular por tradición el desarrollo intelectual y con frecuencia participan en la discusión y solución de los problemas familiares, de ahí que los adolescentes hablen con ellos sobre sus ideas e inquietudes (Hauser y otros, 1987). La relación de los adolescentes con su madre es mucho más compleja. La interacción con la madre suele darse en áreas como los quehaceres domésticos, las responsabilidades y las actividades familiares, la disciplina familiar tanto en casa como fuera de ésta y las actividades recreativas (Montemayor y Brownlee, 1987). Aunque estas interacciones pueden causar mayor tensión y conflicto entre madres e hijos, también suelen favorecer una mayor intimidad (Youniss y Ketterlinus, 1987).

Estilos de crianza En el capítulo 7 expusimos las influencias que los estilos de crianza (Baumrind, 1975, 1980) ejercen en la estructura psicológica del niño, influjos que se prolongan en la adolescencia. El estilo autoritativo (o con autoridad) es el que propicia una conducta más sana en el adolescente (Baumrind, 1991; Hill, 1987), caracterizada por acciones responsables e independientes, por una buena autoaceptación y autocontrol. Por el contrario, los jóvenes que han sido criados por progenitores autoritarios tal vez sean dependientes y sientan ansiedad en presencia de figuras de autoridad o se vuelvan rebeldes y rencorosos. Este impacto negativo también se da en los grupos raciales y étnicos, como sucede con el impacto positivo de la crianza autoritativa (Lamborn y otros, 1996).

La calidez y el control seguro que ofrecen los padres autoritativos tranquilizan a la generalidad de los adolescentes. El progenitor ofrece una red protectora al adolescente que prueba conductas y actividades. Las consecuencias del fracaso no son irreparables, pues los padres ayudan a poner remedio. Los padres autoritativos también toman en cuenta que el adolescente ha mejorado su capacidad



En general, el gran interés de la madre por las actividades comunes de sus hijos, incluida la tarea, suele hacer que esta relación sea más compleja que la que tiene con su padre.

cognoscitiva. Por primera vez padre e hijos pueden comunicarse utilizando niveles iguales o similares de razonamiento y de lógica (Baumrind, 1987).

Alianzas familiares Las alianzas familiares desempeñan un rol decisivo en la comunicación. A semejanza de los estilos de crianza, comienzan a moldear el comportamiento mucho antes de la adolescencia. Un hermano mayor que en la niñez dominaba a otro más pequeño ejercerá probablemente la misma influencia durante la adolescencia; si a los seis años una hija era la “preferida de papá”, lo más seguro es que lo siga siendo cuando cumpla 16.

Las alianzas entre los miembros de una familia son naturales y sanas; pero es importante que los padres hagan un frente común y establezcan una clara línea divisoria con sus hijos. También deben colaborar para criarlos y corregirlos; un vínculo estrecho de un hijo y un progenitor puede resultar nocivo si excluye al otro progenitor. El excluido pierde influencia como agente socializador y figura de autoridad. También pueden surgir problemas de otras clases de desequilibrio, como la ausencia de uno de los padres por divorcio o separación. Cuando un adolescente está probando nuevos roles y lucha por alcanzar otra identidad personal, la autoridad de los padres puede que se someta a una prueba difícil en un hogar de un solo progenitor.

Cambios en la familia moderna

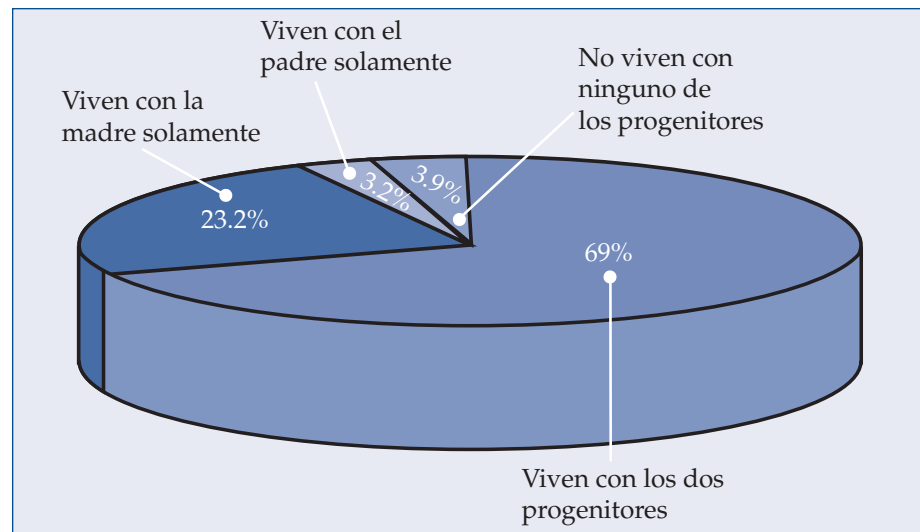
Los efectos de las familias en transición, que expusimos en capítulos anteriores, se prolongan en la adolescencia. La figura 11-1 contiene las formas de vida de adolescentes menores de 18 años. Observe, asimismo, que a menudo deben cuidarse solos, como se comentó en la página 322 al abordar el tema de los “niños con llave”.

Es interesante observar cómo han influido los cambios de la familia en la asignación de los quehaceres domésticos a los adolescentes. Hay un estudio que arrojó algunos datos sorprendentes (Benin y Edwards, 1990). En las familias de doble ingreso, los adolescentes ayudan menos en la realización de esos quehaceres que en las familias en que la madre se encarga de esas labores. Más aún, las exigencias impuestas a los adolescentes se dividen según el sexo. En las familias de doble ingreso, los hijos destinan a los quehaceres una tercera parte del tiempo que dedican los hijos de las familias tradicionales; en cambio, las hijas de familias de doble ingreso les dedican *una cuarta parte* más de tiempo que las de las familias tradicionales. Por su parte, las amas de casa de tiempo completo

Figura 11-1

Formas de vida de adolescentes menores de 18 años

Fuente: U.S. Census Bureau (2004) Survey of Income and Program Participation.



esperan que sus hijos e hijas adolescentes contribuyan de igual manera a los quehaceres domésticos. ¿Por qué? A juicio de los investigadores las madres que trabajan confían más en que, sin supervisión, sus hijas lleven a cabo las tareas asignadas; por eso les dan más carga de trabajo. Las amas de casa a veces logran que sus hijos realicen esa misma cantidad de trabajo cuando los vigilan de cerca.

¿Cómo reaccionan los adolescentes a las presiones que conllevan los cambios en la familia? Algunos asumen más responsabilidades. Otros exteriorizan sus sentimientos y sus conflictos negativos entregándose a una conducta antisocial y rebelde. Y otros más se desvinculan de la familia concentrándose en actividades con sus compañeros.

Abandono del hogar paterno

Para ninguno de los interesados es fácil efectuar los ajustes necesarios a medida que el adolescente se vuelve más independiente y se prepara para abandonar el hogar. Padres e hijos deben renegociar algunos roles. Los adolescentes necesitan un apoyo distinto al de los hijos más pequeños porque exploran en forma más activa su independencia. La separación y la afirmación de sí mismo no son características negativas, sino esenciales para el desarrollo. Algunas familias las alientan; otras se oponen a ellas.

Los investigadores han descubierto tres aspectos relevantes del funcionamiento de la familia: *cohesión, adaptabilidad y calidad de la comunicación* (Barnes y Olsen, 1985). Durante el proceso de separación conviene que la familia tenga niveles moderados, no extremos, de cohesión y de adaptabilidad. Lo ideal es que sean flexibles y adaptables, pero que no estén tan poco estructuradas que rayen en lo caótico. Conviene, además, que sean cohesivas, pero sin llegar a la represión. Las familias logran una adaptación óptima cuando pueden negociar los cambios en forma racional, teniendo en cuenta las necesidades y los deseos de todos los miembros. La cohesión se mantendrá cuando los progenitores y el adolescente que se marcha de casa logren un trato igualitario y establezcan relaciones recíprocas (Grotevant y Cooper, 1985). La comunicación abierta favorece la cohesión, puesto que permite a los miembros expresar sus opiniones y disminuir en lo posible las fricciones.

Algunos estudios indican que el padre cumple una función esencial al ayudar al adolescente a alcanzar el equilibrio entre la separación y la conexión, equilibrio que abarca el momento en que está listo para abandonar el hogar. Los padres que propician la separación dan a los hijos el “espacio” que requieren para forjarse su identidad personal y comenzar a asumir la responsabilidad de sus actos. El hecho de que los adolescentes tengan menos conflictos con su padre que con su madre indica que los primeros suelen oponerse menos y respetar más la independencia de sus hijos. Esto les permite cultivar sus intereses personales, en lugar de tener que gastar su energía en oponerse decididamente a su padre (Shulman y Klein, 1993).

En las familias de un solo progenitor es más difícil ayudar al adolescente a formar su identidad y separarse de sus padres. En tales casos, la intervención de otro adulto —un abuelo, un tío, una tía o un profesor— facilita la transición para ambos (Dornbusch y otros, 1995).

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Qué función desempeña el conflicto en la comunicación entre los adolescentes y sus padres? ¿Por qué los conflictos suelen ocurrir en los primeros años de la adolescencia?
 2. ¿Cómo influyen los estilos de crianza en la comunicación entre generaciones?
 3. Describa los aspectos del funcionamiento de la familia que contribuyen a hacer del adolescente un adulto independiente.
-

Compañeros y amigos

A medida que los individuos se independizan de su familia, necesitan más a los amigos para obtener apoyo emocional y probar sus nuevos valores (Douvan y Adelson, 1966; Douvan y Gold, 1966). Son sobre todo los amigos íntimos los que favorecen la formación de la identidad. Para aceptar su identidad, el adolescente necesita sentir que la gente lo acepta y le tiene simpatía.

Durante la adolescencia aumenta considerablemente la importancia de los grupos de compañeros. El adolescente busca el apoyo de otras personas para enfrentar los cambios físicos, emocionales y sociales de esta etapa. Es, pues, lógico que recurra a quienes están viviendo las mismas experiencias. En un estudio del tiempo que pasa el adolescente con sus compañeros y con sus padres (Csikszentmihalyi y Larson, 1984), los investigadores entregaron a estudiantes de enseñanza media superior localizadores electrónicos y los llamaban en varios momentos del día y de la noche. En todas las ocasiones debían telefonar a los investigadores y comunicar lo que estaban haciendo. Como se preveía, pasaban una parte mucho mayor de su tiempo libre con amigos y condiscípulos que con su familia (progenitores y hermanos, por ejemplo): aproximadamente 50 por ciento en comparación con 20 por ciento. El resto del tiempo se encontraban solos.

Las redes de compañeros son esenciales para la adquisición de habilidades sociales. La igualdad recíproca que caracteriza a las relaciones en esta etapa favorece el aprendizaje de respuestas positivas a las crisis que sufre el adolescente (Epstein, 1983; Hawkins y Berndt, 1985). Los adolescentes aprenden de sus amigos y compañeros de su edad las clases de conducta que serán recompensadas por la sociedad y los roles adecuados. La *competencia social* es un elemento fundamental de la capacidad de hacer nuevos amigos y de conservar los actuales (Fischer y otros, 1986).

En parte, la competencia social se basa en la capacidad de hacer *comparaciones sociales*. Éstas permiten que el adolescente se cree una identidad personal y evalúe los rasgos de otras personas. A partir de estas evaluaciones, el adolescente elige los amigos íntimos y entre las pandillas y las bandas que forman parte de su ambiente. Debe además analizar los valores a menudo antagónicos de sus compañeros, de sus padres y de otros. A continuación analizaremos a fondo estos procesos.

Comparación social

La **comparación social** es el proceso mediante el cual evaluamos nuestras capacidades, conductas, características de personalidad, apariencia, reacciones y nuestro sentido general del yo en comparación con los de otros; es una función que cobra extraordinaria importancia durante la adolescencia. La comparación social adopta diversas formas durante este periodo (Seltzer, 1989). Al inicio de la adolescencia, los jóvenes dedican mucho tiempo y energía a definirse en un "área de compañeros" constituida por muchas clases de adolescentes; la utilizan para explorar y definir qué son y qué quieren llegar a ser. Se concentran en el aspecto físico y los rasgos de personalidad que los hacen populares; por ejemplo, el sentido del humor y la simpatía. Este proceso incluye un amplio círculo de conocidos, pero pocos amigos cercanos; muchas de las relaciones carecen de intimidad. El adolescente necesita estar solo algunas veces para interpretar los mensajes que recibe, para consolidar su identidad y desarrollar un sentido seguro de sí mismo.

La comparación social cambia durante los últimos años de la adolescencia. El adolescente busca ahora amigos con quienes comparte características similares ya que éstos sustituyen una cantidad mayor de amistades no tan estrechas por la calidad que proporcionan unos cuantos amigos cercanos. Y aumenta la intimidad en las amistades del mismo sexo (Seltzer, 1989, Shulman y otros, 1997).



Los compañeros sirven como escuchas, críticos y apoyo emocional de ideas, innovaciones y conductas de sus amigos.

Entre los 12 y los 17 años de edad es más probable que el adolescente acepte afirmaciones como: “Con mi amigo puedo hablar prácticamente de cualquier cosa” y “Sé lo que piensa mi amigo sin necesidad de que me lo diga”. La mayoría de los adolescentes dicen tener uno o dos “mejores amigos” y también varios “buenos amigos”. Estas amistades suelen ser estables y durar un año por lo menos. No debe sorprendernos que la estabilidad de las relaciones aumente con el transcurso del tiempo. El adolescente suele escoger amigos basándose en intereses y actividades comunes, y en su decisión influyen mucho la igualdad, el compromiso y, en especial, la lealtad. La traición es una de las razones principales por las que se terminan las amistades en esta etapa de la vida (Hartup, 1993).

Conforme los amigos se vuelven más íntimos, el adolescente tiende a acudir a ellos más que a sus padres en busca de consejo. Como se aprecia en la tabla 11-1, pide consejo a sus amigos en muchas cuestiones. No obstante, sigue recurriendo a sus padres para que lo aconsejen en asuntos como la educación, las finanzas y los planes profesionales (Sebald, 1989).

Noviazgo

Al mismo tiempo que aumenta la intimidad de las amistades con personas del mismo sexo, se establecen amistades con personas del sexo opuesto. Las relaciones estrechas con amigos del sexo opuesto comienzan antes entre las mujeres (Sharabany, Gershoni y Hoffman, 1981), una tendencia que puede deberse en parte a que la pubertad aparece primero en ellas y más tarde en los varones.

Al comienzo de la adolescencia las interacciones con el sexo opuesto por lo general tienen lugar en ambientes de grupo. Muchos jóvenes de 14 y 15 años prefieren el contacto de grupo a la relación más personal del noviazgo. “Simplemente departir” (sentarse con los amigos y charlar en una pizzería, en un rincón de la calle, vagar juntos por un centro comercial) es un pasatiempo popular durante la adolescencia y se vuelve cada vez más “coeducacional” con el transcurso de los años. Este tipo de interacción es muchas veces el primer paso para aprender a relacionarse con el sexo opuesto. La adolescencia temprana es una etapa de probar, imaginar y descubrir cómo se funciona en grupos mixtos y en pareja. Da a los



La intimidad adopta muchas formas durante la adolescencia.

Tabla 11-1 Porcentaje de adolescentes que recurren a sus compañeros en busca de consejo

Consulta	Mujeres	Varones
En qué invertir el dinero	2	19
A quién invitar a salir	47	41
A qué club afiliarse	60	54
Dónde obtener consejos para problemas personales	53	27
Cómo vestirse	53	43
Qué cursos tomar en la escuela	16	8
Qué pasatiempos cultivar	36	46
Cómo escoger carrera	2	0
A qué acontecimientos sociales asistir	60	66
Inscribirse o no en la universidad	0	0
Qué libros leer	40	38
Qué revistas comprar	51	46
Con qué frecuencia salir con la pareja	24	35
Participar o no en fiestas donde se ingiere licor	40	46
Cómo escoger al cónyuge	9	8
Tener o no pareja formal	29	30
Qué intimidad se tendrá con la novia o el novio	24	35
Dónde conseguir información sobre sexualidad	44	30

Fuente: adaptado de H. Sebald (invierno de 1989). "Adolescents, Peer Orientation: Changes in the Support System During the Past Three Decades". *Adolescence*, pp. 940 y 941.

jóvenes un periodo de prueba para allegarse ideas y experiencias con las cuales formarse actitudes fundamentales ante los roles de género y la conducta sexual, sin la presión de sentirse demasiado comprometido (Douvan y Adelson, 1966).

Bruce Roscoe y sus colegas (1987) mencionan siete importantes funciones que cumple el noviazgo y que se sintetizan en la tabla 11-2. Los investigadores se refieren también a algunas tendencias de desarrollo. Los adolescentes de menor edad piensan en función de una gratificación inmediata: para ellos la recreación y el estatus son los motivos más importantes del noviazgo. Buscan personas que sean físicamente atractivas, que vistan bien y que sean simpáticas. Los adolescentes de mayor edad muestran actitudes menos superficiales: les interesan más los rasgos de personalidad y los planes de la otra persona para el futuro. Para ellos la compañía y la elección del novio o de la novia son las razones que los impulsan. Además, conviene señalar una importante diferencia de género que surge entre unos y otros: las mujeres consideran la intimidad más importante que el sexo, y para los varones el sexo es más importante que la intimidad.

En términos generales, los adolescentes suelen escoger amigos y salir con personas cuya clase social, intereses, valores morales y ambiciones académicas se parecen a las de ellos (Berndt, 1982). Adquieren mayor conciencia de los grupos de compañeros y les interesa mucho saber si su grupo es o no aceptado. Saben a qué tipo de grupo pertenecen y analizan el efecto que tendrá en su estatus y en su reputación. Los que pertenecen a grupos de un estatus elevado suelen tener una gran autoestima (Brown y Lohr, 1987). Los que poseen un só-

Tabla 11-2 Funciones del noviazgo

Recreación: oportunidad de divertirse con una persona del sexo opuesto.

Socialización: oportunidad de que dos personas de sexo opuesto se conozcan y aprendan a interactuar.

Estatus: oportunidad de mejorar el estatus al ser visto con alguien a quien se considera buen partido.

Compañía: oportunidad de tener un amigo del sexo opuesto con quien interactuar y compartir experiencias.

Intimidad: oportunidad de establecer una relación íntima y significativa con una persona del sexo opuesto.

Sexualidad: oportunidad de experimentar con el sexo o de obtener satisfacción sexual.

Elección de compañero: oportunidad de relacionarse con miembros del sexo opuesto con miras a escoger al cónyuge.

lido sentido de identidad con el grupo étnico (en especial los afroamericanos y los hispanos) por lo general tienen mayor autoestima que el resto (Martínez y Dukes, 1997).

Pandillas, bandas y solitarios

Hay dos tipos básicos de grupos de compañeros que se distinguen por su tamaño. Se llama *círculo de amigos* al grupo más numeroso, quizá con 15 a 30 integrantes; se llama *pandilla* al más pequeño, que puede constar de un mínimo de tres y un máximo de nueve integrantes y es más cohesivo que el anterior. Las bandas suelen incluir pandillas cuyos integrantes comparten ambiente, rasgos, intereses y reputación similares; por ejemplo, los “deportistas”, los “populares”, los “cerebros” y los “pachecos” (Brown y Lohr, 1987; Dunphy, 1963, 1980). En los primeros años de la adolescencia, las pandillas suelen ser de un solo



Conforme transcurre la adolescencia, las pandillas crecen e incluyen a hombres y mujeres.

sexo; más tarde, los adolescentes se relacionan también con pandillas del sexo opuesto. Es un cambio que coincide con el inicio del noviazgo. Las pandillas pequeñas de un solo sexo se fusionan o se relacionan con otros grupos afines que incluyen hombres y mujeres (Dunphy, 1980; Atwater, 1992).

Aunque 80 por ciento de los adolescentes pertenecen a grupos identificables, esto no sucede con el 20 por ciento restante, por lo que hay algunos “solitarios”. Es común suponer que estar solo es una situación triste que a nadie le gusta, pero no por fuerza es así. Por ejemplo, un trabajo creativo, como pintar, componer música o escribir, exige aislamiento. Los individuos creativos quieren estar solos buena parte del tiempo. La soledad tiene, además, otros atributos positivos. Algunos experimentan un sentido de renovación o alivio cuando están solos. Otros buscan la soledad por las mismas razones que el artista o el escritor: piensan mejor cuando están solos y pueden resolver sus problemas (Marcoen y otros, 1987). En todos los casos, la soledad es *voluntaria*, una oportunidad para la creatividad, un alivio de las tensiones o una renovación psicológica.

Sin embargo, en ocasiones el adolescente termina solo porque se cree diferente y extraño, de modo que en realidad no “pertenece a ninguna parte”. Esto puede obedecer a varias razones, pero una fundamental es haber crecido en un barrio, ciudad o región del país muy diferentes. En el recuadro “Estudio de la diversidad” de la página que sigue se describe un caso extremo, el de haber vivido la niñez en el extranjero y haber regresado después a Estados Unidos. En el aspecto negativo, la soledad *involuntaria* impuesta por la gente por peleas o rechazo puede producir sentimientos de aislamiento y de depresión (Marcoen y otros, 1987).

Negociación de límites: compañeros y progenitores

Como hemos visto, el trasfondo de las relaciones del adolescente con sus compañeros lo constituye la relación con su familia. Los adolescentes responden a sus compañeros en el contexto de las prácticas culturales con las que crecieron en el hogar: el nivel socioeconómico, la ocupación, el origen étnico y el religioso de sus padres. Siempre habrá alguna diferencia entre la concepción del mundo de sus parientes y la de sus compañeros. Todo adolescente habrá de “negociar el límite” entre las distintas visiones del mundo cuando defina su identidad.

Es una tarea especialmente difícil para algunos adolescentes. Por ejemplo, los hijos de hindúes que emigraron a Estados Unidos enfrentan una serie doble de normas o costumbres, muchas de las cuales chocan entre sí. Deben decidir cómo vestir y cortarse el cabello o peinarse: en la forma tradicional, exigida quizá por sus padres, o de la manera en que lo hacen sus nuevos compañeros estadounidenses. Cuando una investigadora estudió cómo resuelven los adolescentes este conflicto (Miller, 1995), descubrió que es más serio en las mujeres que en los varones. Las mujeres deben escoger entre una norma estricta hindú, la cual exige gran modestia en el vestido y cabello largo y en trenzas, y la ropa y el tocado más liberales que se usan en Estados Unidos. Miller señaló que una y otra vez la influencia del grupo de compañeros era más fuerte que la de los padres. Incluso en las ceremonias celebradas en los templos, algunas adolescentes usaban pantalón corto mientras sus padres llevaban puesto el *sari* tradicional. En forma análoga, las adolescentes hindúes de Estados Unidos a menudo llevan el cabello corto y suelto.

También se dan conflictos cuando los valores hindúes relativos al noviazgo y al sexo antes del matrimonio chocan con los valores más liberales de la cultura de los adolescentes estadounidenses. Como explica el psicoanalista hindú Sudhir Kakar (1986):

ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD

ADOLESCENTES REPATRIADOS

En la actualidad, aproximadamente 250 mil niños y adolescentes estadounidenses viven en el extranjero con su familia, asisten a escuelas “internacionales” o a “escuelas patrocinadas por estadounidenses” y forman parte de una pequeña comunidad que vive en una cultura local posiblemente muy distinta de la suya. ¿Qué les sucede cuando se les repatriaría, es decir, cuando ellos y su familia regresan a Estados Unidos?

Esta experiencia, a veces llamada reingreso, ha sido comparada con el retorno de un viaje espacial. A menudo causa estrés y problemas psicológicos al adolescente, sobre todo si ha pasado gran parte de su niñez lejos de su país natal. Se siente y es diferente: le resulta difícil contestar preguntas como “¿De

dónde eres?” Sufre un “choque cultural inverso” cuando se encuentra con aspectos de la cultura de su país que desconoce. Tarda meses, y hasta años, en aprender a sentirse cómodo con la sociedad a la que regresó.

La formación de la identidad a veces es sumamente difícil para estos jóvenes. Tal vez deban reanudar el camino que desemboca en la consecución de la identidad especial si sus ideas y sus valores difieren mucho de los de sus compañeros. Así, pues, se vuelven solitarios al menos por algún tiempo. Algunos nunca se identificarán totalmente con su pueblo.

En el aspecto positivo, los repatriados estadounidenses suelen tener una idea mucho más realista de su país y de cómo afectan sus acciones y políticas a otras naciones y personas. Más aún, se

sienten “ciudadanos del mundo” y rechazan la concepción etnocéntrica de muchos de sus compatriotas de que Estados Unidos es el centro del universo. Las habilidades que aprendieron mientras vivían en el extranjero —entre las que se cuentan la capacidad lingüística y la de salvar las brechas culturales— les ayudan mucho cuando se dedican a carreras como asesoría intercultural y relaciones internacionales. En conclusión, a la larga, tras un arduo periodo de ajuste, pueden llegar a ser mejores ciudadanos que muchos estadounidenses que no tuvieron la oportunidad de ver su patria desde el exterior.

Fuente: C. D. Smith (1994). *The Absentee American: Repatriates' Perspectives on America*.

En lo que respecta al sexo, el mundo occidental se percibe como un burdel gigantesco; en cambio, la “buena” mujer de la India se idealiza nostálgicamente en toda su pureza, modestia y castidad. Para los hindúes que viven en el mundo occidental, esta idealización y la división en que se basa tienen una carga emocional más intensa que para los que viven en la India. Por tanto, la inevitable occidentalización de las esposas e hijas ocasiona una gran tensión emocional en los varones y conflictos explosivos en la familia (página 39).

Desde luego, el difícil arte de negociar los límites entre los valores y las prácticas de progenitores y amigos es común a todos los adolescentes, no sólo a los recién inmigrados. Así, algunos adolescentes urbanos deben negociar, por una parte, con una cultura que glorifica las drogas y el crimen y, por otra, con los valores de sus padres que hacen hincapié en trabajar dentro del sistema y obedecer las reglas. En los jóvenes que todavía están en el proceso de definirse a sí mismos, existe la tendencia a trazar los límites en forma demasiado estrecha o a obedecer servilmente una serie de prescripciones demasiado estrictas de conducta, de vestido y de tantas otras cosas tan importantes para el adolescente.

REPASE Y APLIQUE

1. Describa las etapas por las que pasan los adolescentes cuando establecen relaciones íntimas.
2. ¿Qué diferencia existe entre una banda y una pandilla, y por qué es importante que el adolescente esté solo algunas veces?
3. ¿Por qué en ocasiones al adolescente le es difícil negociar el límite entre la concepción del mundo de sus padres y la de sus compañeros?

Riesgos y peligros de la adolescencia

Experimentar varias actitudes y conductas, definirse y redefinirse uno mismo, desligarse poco a poco del control de los padres son características de la adolescencia que cumplen un propósito sano y muy importante: ayudan a transformar al adolescente en adulto. Sin embargo, estas mismas tendencias pueden dar origen a conductas enfermizas como correr riesgos en general y consumir drogas en particular. En la presente sección examinaremos éstos y otros aspectos negativos de la adolescencia, junto con algunas de sus causas.

Aceptación de riesgos

Muchos adolescentes tienen prácticas sexuales sin protección, algunas veces con muchas personas y con resultados que abarcan desde un embarazo no deseado hasta enfermedades mortales como vimos en el capítulo anterior. Muchos consumen sustancias y abusan de ellas. Otros conducen sin precaución y realizan otras actividades peligrosas. La violencia, muchas veces perpetrada por pandillas, sigue mostrando un índice alarmante en Estados Unidos. De hecho, las personas de entre 10 y 19 años de edad representan el único segmento de la población estadounidense en que la mortalidad no ha disminuido con rapidez en los años recientes (Department of Health and Human Services, 1991).

Claro que algunos adolescentes están más propensos a involucrarse en actividades de alto riesgo, pues éstas a menudo aumentan conforme pasa el tiempo (Jessor y otros, 1992). Otros muchachos aprovechan de manera distinta —por ejemplo, en el deporte— el aumento de energía y de curiosidad intelectual propia de la adolescencia —o lo dirigen a algo constructivo en lugar de cosas potencialmente destructivas. Por ejemplo, muchos adolescentes hacen activismo social, participan en limpiezas ambientales, ayudan a construir casas para familias pobres o trabajan con niños enfermos. Conviene recordar que sólo unos cuantos adolescentes son los que realizan conductas de alto riesgo con fines destructivos.

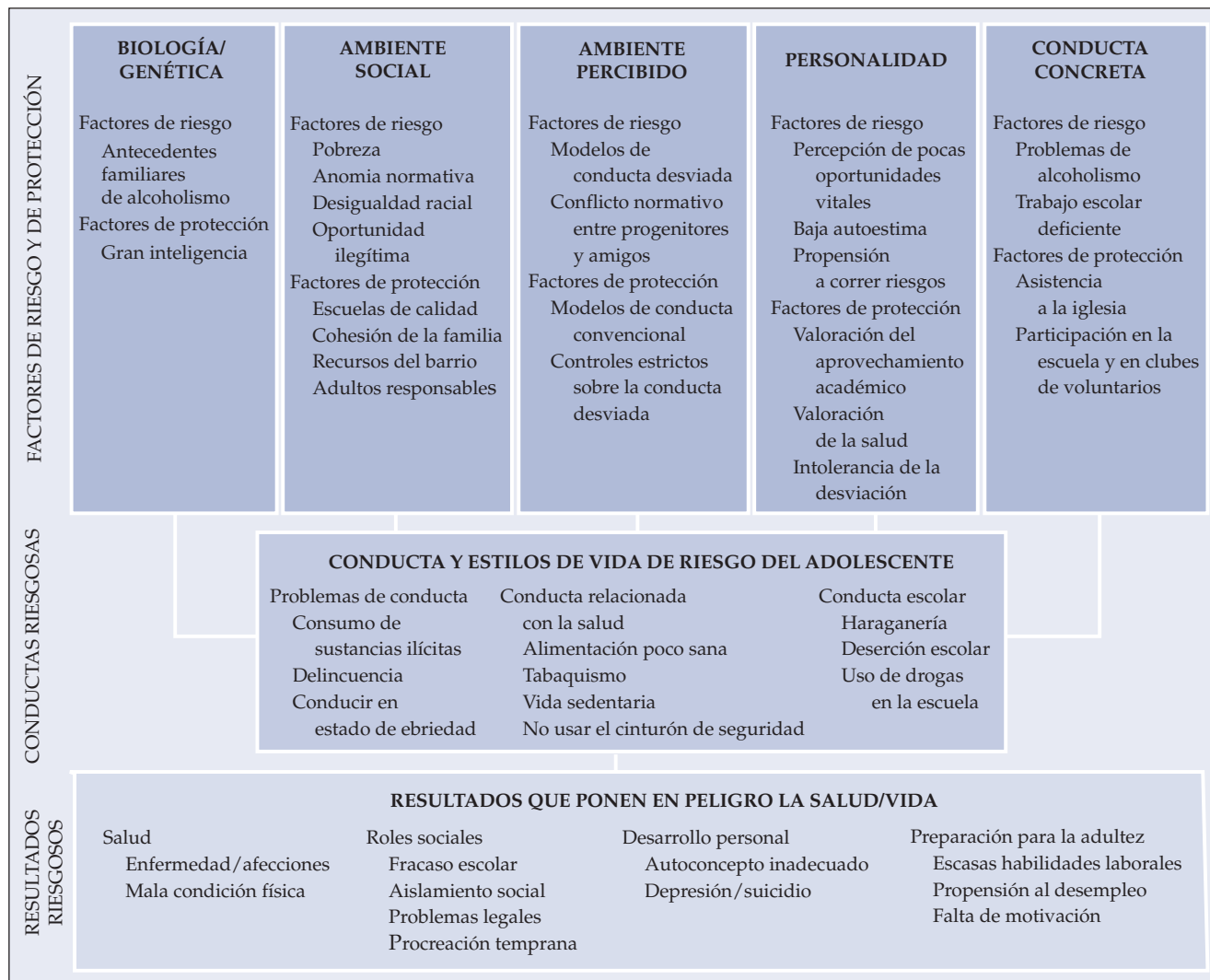
El adolescente se entrega a conductas de alto riesgo por varios motivos. Puede meterse en problemas porque no se percata de los riesgos que corre. Tal vez disponga de muy poca información; las advertencias que recibe del adulto no siempre son eficaces o quizás opte por ignorarlas. Muchos investigadores creen que el adolescente que corre riesgos subestima la probabilidad de resultados negativos; en otras palabras, se cree invulnerable. Se concentra principalmente en los beneficios previstos de sus acciones, digamos un estatus más elevado entre sus compañeros. Esta explicación coincide con el concepto de David Elkind (1967) de la *fábula personal* expuesto en el capítulo 10: el adolescente piensa que no sufrirá daño, que no se enfermará o no se embarazará como resultado de su conducta.

Los resultados de más de 20 años de investigación dedicada a la aceptación de riesgos entre los adolescentes indican muchas causas de esas conductas (vea la figura 11-2). Los factores en cuestión se dividen en cinco dominios: biología y genética, ambiente social, ambiente percibido, personalidad y conducta concreta. Los dominios interactúan y hacen que el adolescente adopte conductas o estilos de vida con alto riesgo. Advierta que intervienen factores hereditarios y ambientales. Por ejemplo, un niño que tiene antecedentes familiares de consumo en exceso de alcohol o de otras sustancias podría estar predispuesto a esos comportamientos, a sufrir un ambiente depauperado y a estar en contacto con modelos desviados, y es más probable que se entregue a conductas relacionadas con las drogas que otros niños que no experimentan esto.

Figura 11-2

Modelo conceptual de la conducta de riesgo del adolescente

Fuente: "Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action" (página 27), de Richard Jessor, 1992, en *Adolescents at Risk: Medical and Social Perspectives*, editado por D. E. Rogers y E. Ginzberg. Reimpreso con autorización de Richard Jessor.



¿Cómo pueden evitar los padres que el adolescente se involucre en actividades peligrosas? Muchas familias colaboran de manera estrecha con la escuela, contactan a los profesores y a los funcionarios públicos cuando sus hijos tienen problemas, y toman después medidas para evitar el consumo de drogas y otras conductas destructivas en el hogar. Algunas familias los trasladan a un ambiente más seguro —una escuela privada, por ejemplo— para alejarlos de un vecindario negativo o de las influencias del grupo de compañeros (Jessor, 1993). En general, los adolescentes difícilmente realizarán conductas de alto riesgo cuando logran la autoestima, el sentido de competencia y el de pertenencia a una familia y a un orden social estables (Jessor, 1993; Quadrel y otros, 1993). Sin embargo, no hay un ambiente en verdad seguro y ningún niño es del todo invulnerable a las fuerzas destructivas de la sociedad moderna. En la parte restante de esta sección examinaremos a fondo algunas de esas fuerzas, comenzando por la que quizá sea la más destructiva: las drogas.

Consumo y abuso de drogas

Durante la adolescencia, el consumo y el abuso del alcohol y de otras sustancias es una conducta generalizada de alto riesgo. De todas las sustancias legales e ilegales que pueden conseguirse, la nicotina (cigarrillos) y el alcohol (cerveza, vino o licor) son las que más se prestan al abuso: se obtienen sin dificultad y a un costo bajo, y muchos adultos modelan su consumo. Prescindiendo de sus efectos, y a pesar de los mensajes del servicio público, muchos adolescentes consideran el tabaquismo y la ingestión de alcohol como hábitos “inofensivos” que les confieren una apariencia más adulta. La marihuana, la cocaína, las anfetaminas, la heroína y los *alucinógenos*, como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) se consiguen con facilidad en los barrios pobres, en los suburbios y en otras áreas periféricas. Ante la escasez de dinero, algunos adolescentes (y también los niños de menor edad) recurren a inhalantes volátiles como los pegamentos y hasta la gasolina.

Como mencionamos en el capítulo 1, la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas (National Household Survey on Drug Abuse, *NHSDA*), que cada año realiza la Dirección de los Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMSHA), evalúa el consumo y el abuso de sustancias en varios rangos de edad a partir de los 12 años. Aunque los expertos coinciden en que esta encuesta subestima el consumo real, nos da un panorama claro de las tendencias a lo largo de los años. Además del porcentaje alarmante de consumo entre personas de 12 a 17 y de 18 a 25 años, destaca el incremento en el consumo de sustancias ilícitas en esos grupos de edad durante la década de 1990. En 1996, el porcentaje se estabilizó ligeramente entre los jóvenes de 12 a 17, pero siguió aumentando en el grupo de 18 a 25 años. En la figura 11-3 se dividen por edades los porcentajes de consumo en el caso de personas de 12 años en adelante.

Tabaco Para algunos adolescentes, los cigarros son un símbolo muy seductor de madurez, pese a las abrumadoras pruebas de que representan un serio peligro para la salud. Fumar eleva la frecuencia cardíaca, estrecha los vasos sanguíneos, irrita la garganta y deposita materias extrañas en los tejidos sensibles de los pulmones, con lo cual reduce la capacidad pulmonar. El tabaquismo prolongado puede ocasionar ataques cardíacos prematuros, cáncer pulmonar y de la garganta, enfisema y otros problemas respiratorios. Incluso el consumo moderado de cigarros acorta la vida en un promedio de siete años (Eddy, 1991).

Figura 11-3

Consumo de sustancias ilícitas durante el mes pasado,* 2003

*Consumo de sustancias durante el “mes pasado” significa por lo menos una vez durante el mes anterior a la entrevista.

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003). National Household Survey on Drug Abuse.

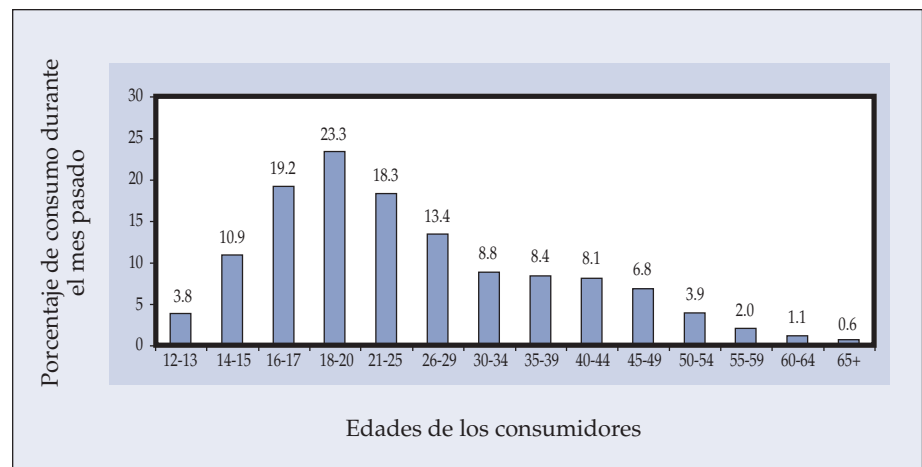


Tabla 11-3 Porcentajes de adolescentes de 12 a 17 años que consumieron alcohol y otras sustancias durante el mes pasado

	1988	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	2007
Cualquier tipo de alcohol	33	33	27	21	24	22	21	19	23.3
Alcohol de 96°	6	6	7	6	7	6	6	5	-6.9
Cigarros	35	33	33	32	30	29	29	29	28.6
Mariguana	6	5	5	5	5	5	5	5	5.8
Cocaína	2	1	1	1	1	1	1	1	0.8
Cualquier sustancia ilegal	8	7	6	5	6	8	11	9	8

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2007), National Household Survey on Drug Abuse.

El tabaquismo en los adolescentes demostró una notable reducción entre la década de 1970 y principios de la de 1980, pero desde entonces se ha mantenido relativamente estable (29 por ciento de los adolescentes fumaban al menos en forma esporádica en 1996). En otros tiempos, los varones comenzaban a fumar antes que las mujeres y lo hacían en mayores cantidades. No obstante, desde 1977 son más mujeres que varones las que han dicho que fuman a diario. Más de la mitad de los adolescentes de ambos sexos que fuman comenzaron a hacerlo en el noveno grado algunas veces por presión de los compañeros. En los años inmediatamente posteriores a la enseñanza media, muchos fumadores moderados aumentaron su consumo. Uno de cada cuatro adultos jóvenes fuma todos los días y uno de cada cinco consume media cajetilla de cigarros o más al día. (National Institute on Drug Abuse, 1987). En la adultez, muchos siguen fumando porque la nicotina es una droga muy adictiva.

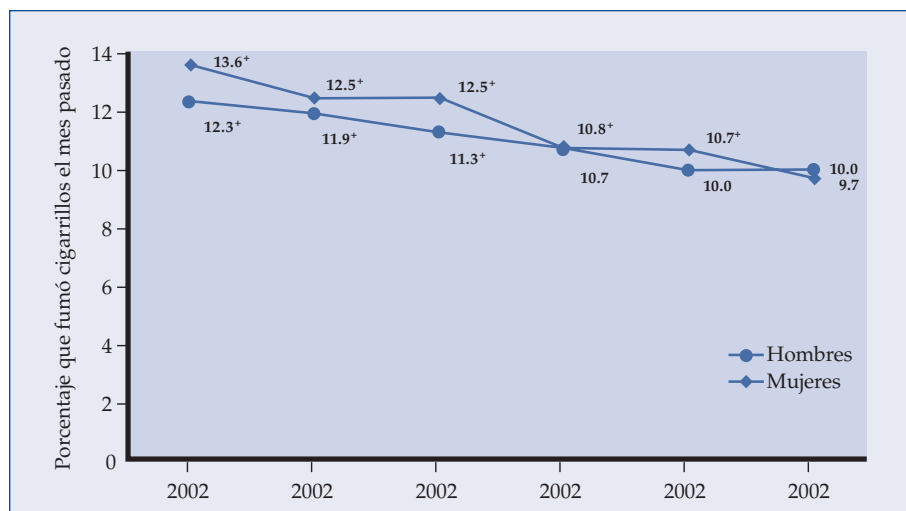


Muchos anuncios de cigarrillos se dirigen en la actualidad a los adolescentes; y de éstos son las chicas las que fuman más que los varones.

Figura 11-4

Consumo de cigarrillos por hombres y mujeres de 12 a 17 años durante el mes pasado: 2002-2007

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008). *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Rockville, MD.



* La diferencia entre este estimado y el de 2007 es estadísticamente significativa al nivel 0.05.

Es interesante señalar que el tabaquismo se relaciona en forma estrecha con el consumo de otras sustancias durante la adolescencia, como se aprecia en la figura 11-4. Por ejemplo, de los adolescentes clasificados como fumadores “actuales”, 55 por ciento también ingiere alcohol por lo menos en forma esporádica, en tanto que apenas 10 por ciento de los no fumadores lo consume.

Alcohol El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, con efectos similares a los de los somníferos o los tranquilizantes. Cuando se ingiere en pequeñas cantidades, los efectos psicológicos son una menor inhibición y autorrestricción, un sentido eufórico de bienestar y una sensación acelerada del tiempo. Muchos toman alcohol para aliviar la tensión y facilitar la interacción social; lo logran pero sólo hasta cierto punto. En dosis más elevadas distorsiona la visión, deteriora la coordinación motriz y genera un habla farragosa; con dosis aún más elevadas provoca pérdida de la conciencia o incluso la muerte. Los efectos anteriores dependen no sólo de la cantidad ingerida, sino también de los niveles de tolerancia de cada individuo. El consumo habitual prolongado aumenta la tolerancia, pero ocasiona daño al hígado y al cerebro. El género es otro factor: las mujeres no metabolizan el alcohol ni lo eliminan con tanta rapidez como los varones, por eso se embriagan aun tomándolo en cantidades pequeñas.

A semejanza de los cigarrillos, un factor decisivo del consumo de alcohol entre los adolescentes es la idea de que constituye un símbolo de adultez y madurez social. En Estados Unidos, durante 1996 había cerca de nueve millones de bebedores de entre 12 y 20 años de edad (SAMSHA, 1997). Al inicio de la adolescencia, más de la mitad de los adolescentes ya han ingerido alcohol; la proporción llega a 92 por ciento al final de la enseñanza media superior (Newcomb y Bentler, 1989). Aunque sólo uno de cada 20 alumnos del último grado de este nivel indica que ingiere licor todos los días, se ha vuelto muy común el consumo excesivo durante los fines de semana. En este grupo de edad, 35 por ciento dice haber tomado cinco o más tragos consecutivos por lo menos una vez en las dos últimas semanas y 32 por ciento asegura que la mayoría de sus amigos o todos ellos se emborrachan al menos una vez a la semana. Los jóvenes que pueden beber legalmente ingieren más alcohol, porque lo hacen por lo regular en bares o reuniones sociales. En Estados Unidos, estos patrones de consumo se han mantenido bastante estables en los últimos años, con un ligero descenso desde principios de la década de 1980.

El consumo de alcohol entre los adolescentes varía en función de la edad, el origen étnico o el credo religioso, la localidad y el género. Por ejemplo, el patrón de una ingestión esporádica elevada alcanza su máximo nivel en los cuatro primeros años después de terminar la enseñanza media superior (más de 40 por ciento); en los varones (50 en comparación con 26 por ciento de las mujeres); en los jóvenes que no asisten a la universidad; y en los que viven en las ciudades más que los que viven en zonas rurales (National Institute for Drug Abuse, 1987).

El adolescente característico que abusa del alcohol es un varón con bajas calificaciones y con antecedentes familiares de alcoholismo. Por lo regular, también sus amigos lo consumen y a veces ingiere otras sustancias. Muchos presentan serios problemas psicológicos: depresión, sentido deficiente de identidad, ausencia de metas o tendencia a buscar de continuo nuevas sensaciones y experiencias. Un bajo nivel de autoeficacia y de competencia personal son indicadores de consumo de alcohol (Scheier y Botvin, 1998).

Mariguana Después del alcohol y la nicotina, la mariguana es la sustancia más común en Estados Unidos. Esta droga, ilegal en ese país (salvo con fines médicos en algunos estados), produce por lo menos síntomas físicos y psicológicos benignos en quienes la fuman en forma regular (Witters y Venturelli, 1988). Un informe de la Academia Nacional de Ciencias señala que tiene efectos negativos a corto plazo, pero poco se sabe de sus efectos a largo plazo. Entre los primeros, figuran una mala coordinación y percepción, así como un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial (Reinhold, 1982). Los posibles efectos a largo plazo son los mismos que en el tabaquismo, sobre todo porque la mariguana suele fumarse sin filtro; dado el elevado costo de la mariguana, se fuma sin filtrarse y esto produce efectos muy nocivos en el aparato respiratorio.

En Estados Unidos, el consumo de mariguana entre adolescentes y adultos jóvenes aumentó mucho durante la década de 1970 y luego disminuyó; pero volvió a aumentar en la década de 1990: por lo menos 7 por ciento de los jóvenes de entre 12 y 17 años la fumaron al menos de vez en cuando en 1996 (SAMSHA, 1997). Es interesante señalar que, como se aprecia en la figura 11-5, la mariguana se convirtió en una droga mucho más "igualitaria" en la década de 1990. En la década de 1980, en cambio, su consumo era más probable entre los adolescentes de raza blanca; en la actualidad, el consumo alcanza prácticamente el mismo nivel entre blancos, hispanos y negros.

Cocaína La cocaína es un extracto de la planta de coca y desde el punto de vista médico se clasifica como estimulante del sistema nervioso central, aunque desde el punto de vista legal se clasifica como narcótico. Es muy adictiva en

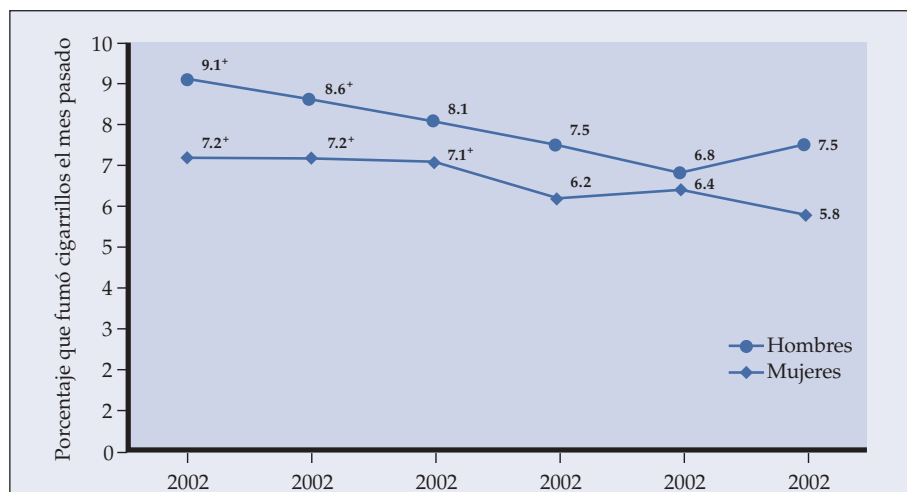


Figura 11-5

Consumo de mariguana por hombres y mujeres de 12 a 17 años durante el mes pasado: 2002-2007.

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008). *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-43-43). Rockville, MD.

cualquier forma: en polvo, inhalado o inyectado en solución, o bien en “crack”, que suele fumarse. El *crack* es la variedad más adictiva. Quienes lo fuman sienten una fuerte “euforia” inicial y un deseo muy intenso de la droga al desaparecer los efectos. No se han estudiado de modo exhaustivo todos los riesgos físicos y psicológicos de la cocaína; pero se sabe que entre éstos figuran la muerte por apoplejía, los ataques cardíacos o una falla respiratoria (Kaku, 1991; Witters y Venturilli, 1988). El empleo de la cocaína junto con otras sustancias, como el alcohol y la heroína, es una práctica común que evidentemente acrecienta los riesgos.

La cocaína es muy cara y por eso no se ha difundido su consumo entre los adolescentes; la ingieren sobre todo los adultos jóvenes que pueden pagarla, aunque también se asocia con la prostitución en todas las edades. De hecho, el *crack* es un factor vinculado a la transmisión del SIDA, porque algunos adictos se dedican a la prostitución para sostener el hábito; el sexo sin protección con varias personas es una práctica común en los “antros del crack”.

Como se observa en la tabla 11-3, en Estados Unidos el consumo de cocaína entre los adolescentes más jóvenes siempre ha sido mínimo y se mantuvo 1 por ciento durante la década de 1990. Además, las actitudes de los adolescentes hacia la ingestión de esta droga muestran un cambio notable: 97 por ciento de ellos desaprueba su consumo regular (Newcomb y Bentler, 1989).

Heroína La heroína un depresor del sistema nervioso central que alivia el dolor y produce sensaciones de euforia; es, pues, muy adictiva. Suele inyectarse para obtener el máximo efecto, pero también se inhala o se fuma. Igual que en el caso de la cocaína, la consumen relativamente poco los adolescentes; pero la ingestión se elevó durante la década de 1990 (University of Michigan, 1997). De 1994 a 1996, su consumo casi se duplicó entre los adolescentes de 12 a 17 años (SAMSHA, 1997).

Otras Drogas De acuerdo con el estudio Supervisión del Futuro realizado por la Universidad de Michigan (1997), encuesta que se aplica cada año a estudiantes de secundaria y preparatoria, el consumo de alucinógenos (incluido el LSD) creció en forma estable durante la década de 1990 y se estabilizó en 1997. También ha aumentado el consumo de drogas de “diseñador” como el éxtasis (“X”) y otros derivados de las anfetaminas. El uso de inhalantes entre los adolescentes aumentó a principios de la década de 1990, pero ha venido disminuyendo en los últimos años.

Delincuencia

En ocasiones, la aceptación de riesgos se manifiesta en una conducta delictiva, que a menudo —aunque no por fuerza— se acompaña del abuso de drogas. La gravedad de los actos delictivos abarca desde hurtos en tiendas y vandalismo hasta robo, violación y asesinato. Se da el nombre de *delincuentes juveniles* a los jóvenes de 16 o 18 años que delinquen; el límite de edad varía según el estado y la naturaleza del crimen. Aunque los menores de 18 años constituyen apenas 38 por ciento de la población estadounidense, cometen más de 50 por ciento de los delitos graves (Garbarino y otros, 1984).

En algún momento de su vida la mayoría de los niños realiza algún tipo de conducta delictiva. El hurto en tiendas es muy común, lo mismo que actos menores de vandalismo: daño o violación de la propiedad. Al clasificar como delincuente a un individuo se considera principalmente la frecuencia con que comete estas acciones y, desde luego, el hecho de que se le arreste o no.

Desde el punto de vista estadístico, los índices de delincuencia alcanzan su máximo nivel en las zonas urbanas empobrecidas, aunque en parte esto puede deberse a la tendencia de la policía a efectuar más arrestos en esas zonas.

También se observa sobre todo en los grupos étnicos que se asimilaron recientemente a la vida urbana, ya sea que provengan de otras culturas o de zonas rurales, en especial si forman pandillas. La probabilidad de cometer actos delictivos es mayor entre los varones de familias de un solo progenitor encabezadas por la madre, cualquiera que sea su nivel socioeconómico. La ausencia de un modelo masculino no es la única causa; tiene más probabilidades de meterse en problemas el adolescente que vive con un padrastro que el que vive con su madre solamente (Steinberg, 1987b).

Los sociólogos y los psicólogos explican la conducta delictiva en forma diferente. Las estadísticas y las teorías sociológicas la relacionan con factores ambientales, pero sin ocuparse de los factores psicológicos. Las teorías psicológicas sostienen que los factores ambientales no bastan para explicar por qué delinque el adolescente. El individuo no es delincuente sólo por vivir en la pobreza o en una ciudad. Lo es porque no puede o no quiere adaptarse a la sociedad ni adquirir el autocontrol necesario o formas adecuadas de desahogar su ira y su frustración. Algunos incurren en actos delictivos, sobre todo, por pertenecer a este tipo de grupos de compañeros (Vitaro y otros, 1997).

Sin embargo, la distinción entre causas sociales y psicológicas de la delincuencia es artificial (Gibbons, 1976). Como hemos visto, los factores sociológicos a menudo acarrear consecuencias psicológicas y viceversa. Algunos de éstos, como el hacinamiento, la movilidad y el cambio rápido están ligados a problemas psicológicos. Como otros patrones de conducta que hemos estudiado en este capítulo, la delincuencia es una forma de ajuste a las realidades sociales y psicológicas de la adolescencia, un ajuste extremo que la sociedad desaprueba. La delincuencia tal vez satisfaga la necesidad de autoestima; ofrece aceptación y estatus dentro de grupos desviados de compañeros (como las pandillas) y un sentido de autonomía. Algunos delincuentes se entregan a conductas de alto riesgo por el mero placer de la emoción.

Además de los factores individuales, los medios de comunicación masiva contribuyen a la aparición de este tipo de actividades entre los adolescentes vulnerables. Las películas, por ejemplo, influyen en adolescentes con problemas a través del aprendizaje social. La identificación con una película violenta y con sus personajes puede favorecer la imitación de ataques y agresiones, robo, consumo y venta de drogas y actos violentos.

REPASE Y APLIQUE

1. Exponga las causas de las conductas de riesgo durante la adolescencia, incluido el abuso del alcohol y de otras sustancias.
 2. Describa las tendencias recientes en el consumo de alcohol y de drogas entre los adolescentes y los adultos jóvenes.
 3. ¿Cómo explican sociólogos y psicólogos la conducta delictiva?
-

Estrés, depresión y afrontamiento del adolescente

Muchos artículos y estudios sobre los adolescentes están llenos de retórica dramática. Un artículo puede que afirme que todos están deprimidos, que son rebeldes o suelen huir de casa; otro nos dirá “Espere a que su hijo cumpla 12 años y entonces comenzarán las crisis y el estrés”. Cuando se exageran los traumas psicológicos de los jóvenes se originan dos problemas. Primero, se piensa que todos experimentan perturbaciones psicológicas, lo cual no es verdad. Segundo,

no se toma en serio a quienes necesitan ayuda porque se considera que su conducta y sus sentimientos forman parte de una fase de desarrollo normal (Connelly y otros, 1993). Por supuesto, es importante distinguir entre los adolescentes normales y los que sufren problemas psicológicos. Por ello, en esta sección examinaremos la depresión y otros trastornos relacionados con el estrés, los factores que ayudan a proteger a los adolescentes de estos trastornos o que los hacen vulnerables y las respuestas comunes de afrontamiento.

Depresión

En términos generales, los estudios de los trastornos psiquiátricos propios de la adolescencia han revelado un índice bastante bajo de depresión moderada a grave, pero los síntomas pueden poner en riesgo la vida de los afectados (Peterson y otros, 1993). Así, aunque los resultados de una investigación reciente demuestran un incremento de la depresión durante la adolescencia, el porcentaje de los que la padecen es por lo general bajo: alcanza su nivel máximo a los 16 años y de nuevo a los 19 años (vea la figura 11-6).

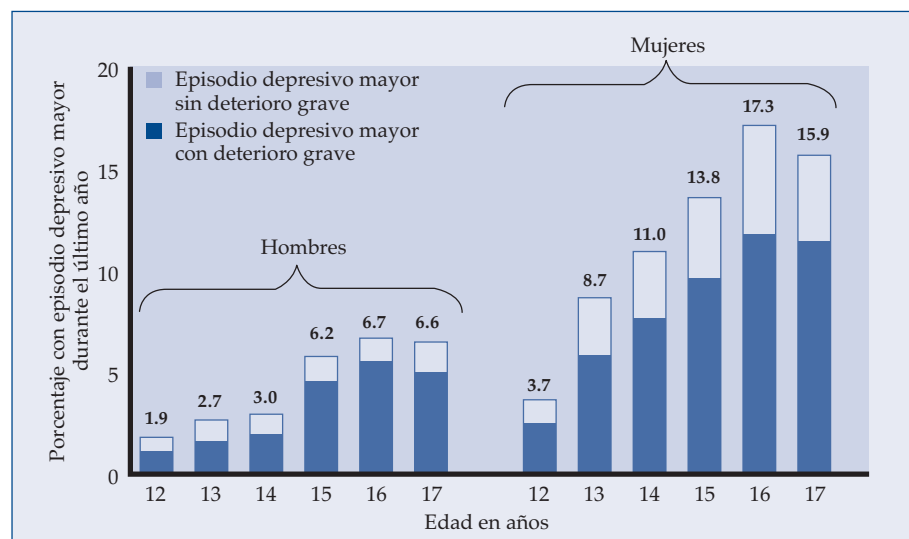
Los síntomas varían según el sexo. Los varones afectados suelen involucrarse en conductas antisociales como la delincuencia y el abuso de sustancias. Es más probable que las mujeres afectadas dirijan sus síntomas hacia ellas mismas y se depriman (Ostrov y otros, 1989). En general, la depresión presenta una frecuencia dos veces mayor en las adolescentes (y en las mujeres adultas) que en los varones. Aunque no se conocen todavía las razones de estas diferencias de género, los psicólogos piensan que posiblemente se relacionan con una importante disminución de la autoestima que muestran algunas mujeres al ingresar a la escuela secundaria (Bower, 1991b; Orenstein, 1994). Como hemos visto, las muchachas se ven presionadas por sus compañeros y los medios de comunicación masiva para ser más atractivas y para que antepongan las relaciones a los logros (Connelly y otros, 1993). Por lo regular, la combinación de estilos menos eficaces de afrontamiento con retos más difíciles aumenta a veces la probabilidad de la depresión cuando las jóvenes avanzan por la adolescencia.

Los investigadores también detectaron diferencias étnicas y de grupo en los índices de depresión. Por ejemplo, los estadounidenses procedentes de Asia y Europa suelen manifestar más los síntomas de depresión cuando están bajo

Figura 11-6

Episodio depresivo mayor durante el último año: jóvenes de 12 a 17 años, según la edad, el género y el nivel de deterioro, 2007.

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008). *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Rockville, MD.



TEMA DE CONTROVERSIA

¿POR QUÉ SE SUICIDAN LOS ADOLESCENTES?

Durante los últimos años, el interés del público estadounidense por el aumento de los suicidios entre los adolescentes ha logrado que se intensifiquen las actividades preventivas de los gobiernos municipal, estatal y federal. La preocupación se justifica plenamente. En 1992 se suicidaron 4,693 adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años y 314 menores de 15 años (National Center for Health Statistics, 1995). El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes, después de los accidentes y los homicidios, y es probable que las estadísticas subestimen el número real de suicidios. Suele no denunciarse el suicidio por los tabús religiosos en su contra y por respeto a los sentimientos de otros miembros de la familia (Garland y Zigler, 1993). Las encuestas administradas a estudiantes de nivel medio superior señalan que entre 54 y 62.6 por ciento de ellos han intentado suicidarse o lo han considerado (Meehan y otros, 1992).

Factores de riesgo

Los estudios sobre adolescentes que han tratado de suicidarse, junto con las "autopsias psicológicas" de los suicidios conseguidos, han revelado ciertos factores de riesgo. Aunque muchos jóvenes que muestran estos factores no contemplan el suicidio ni lo intentan, estos factores proporcionan una advertencia oportuna de la posibilidad de que lo cometan. A continuación se enumeran los factores de riesgo generalmente aceptados (véase en Norton, 1994, para una revisión de los factores de riesgo y las señales de advertencia):

1. Una tentativa anterior de suicidio (el mejor indicador de todos)

2. Depresión, incluidos fuertes sentimientos de impotencia y desesperación (quizás el segundo mejor indicador)
3. Otros problemas psiquiátricos (algún trastorno conductual o personalidad antisocial)
4. Abuso de alcohol y de otras sustancias
5. Sucesos estresantes (algún problema familiar serio, divorcio o separación)
6. Acceso y uso de armas de fuego

En general, los adolescentes que tratan de suicidarse no están reaccionando ante un hecho negativo en particular. Por el contrario, el suicidio casi siempre se da dentro del contexto de problemas personales o familiares prolongados, pese a que el intento obedece algunas veces a un impulso momentáneo (Currant, 1987).

David Elkind (1997) atribuye el aumento extraordinario de los suicidios entre los adolescentes a la presión que se impone a los niños pequeños para que obtengan logros y sean responsables desde muy temprana edad. Otros culpan a los medios masivos de comunicación. Hay un aumento notable en la conducta suicida de los adolescentes tras la cobertura de suicidios en la prensa o en la televisión. Se ha comprobado que las historias de ficción referentes al suicidio se relacionan con un aumento de este tipo de conducta (Garland y Zigler, 1993). Los "suicidios por imitación" suelen darse principalmente en la adolescencia, cuando se es más vulnerable a la creencia de que el futuro escapa del control personal o que no se cumplirán los sueños individuales.

Medidas preventivas

En Estados Unidos se han establecido servicios de intervención para crisis y líneas directas para evitar el suicidio. Los adolescentes tienen acceso a más de

1000 líneas. La educación preventiva, un método relativamente reciente, está dirigido a los estudiantes de secundaria, a sus padres y maestros. Estos programas suelen comprender una revisión de las estadísticas del suicidio, señales de advertencia, una lista de recursos comunitarios y la forma de contactarlos, las habilidades de escucha necesarias para convencer al amigo o al pariente de que busque ayuda (Garland y Zigler, 1993).

La Asociación Psicológica Estadounidense diseñó un programa de prevención (Garland y Zigler, 1993) con las siguientes recomendaciones:

1. Formación profesional para educadores, profesionales de la salud y de la salud mental
2. Restricción del acceso a armas de fuego mediante la aprobación de leyes rigurosas para el control de armas
3. Instrucción del personal de los medios masivos sobre el suicidio para garantizar una información correcta y una comunicación apropiada
4. Identificación y tratamiento de los jóvenes de alto riesgo

Dada la gravedad del problema, un programa tan exhaustivo como el anterior ofrece los mejores medios para prevenir el suicidio entre los adolescentes. Desde luego, la prevención debe complementarse con tratamiento. Gracias a la psicoterapia, los adolescentes con tendencias suicidas logran conocer mejor sus problemas personales y crear estrategias para afrontarlos. La terapia les ayuda a sentirse mejor consigo mismos y a mejorar la autoeficacia. El tratamiento puede incluir, además, medicamentos antidepresivos como Elavil, Tofranil y Prozac (Shuchman y Wilkes, 1990).



El contacto con un amigo cercano es una forma positiva en que los adolescentes alivian el estrés moderado.

estrés que los afroamericanos o los hispanos. Los indígenas adolescentes presentan tasas elevadas de depresión. Los homosexuales también tienen tasas más altas y de dos a tres veces más probabilidades de cometer suicidio que los heterosexuales (Connelly y otros, 1993), al parecer por las presiones sociales que reciben. En el recuadro “Tema de controversia” de la página 401 se explican los factores del suicidio en los adolescentes.

La depresión y otros trastornos

En una revisión reciente de las investigaciones dedicadas a la depresión, Dante Cicchetti y Sheree Toth (1998) señalan que para comprender la depresión en la niñez y en la adolescencia es preciso conocer las interrelaciones entre los componentes biológicos, psicológicos y los sistemas sociales. A continuación examinaremos varias de estas interrelaciones.

La depresión durante la adolescencia se da a menudo junto con otros trastornos en respuesta a tensiones internas y externas. Por tanto, la depresión y los trastornos de ansiedad con frecuencia tienen lugar simultáneamente, lo mismo que la depresión y los trastornos de conducta. Es más probable que los varones se metan en problemas cuando están deprimidos, en tanto que las mujeres suelen presentar trastornos de alimentación como la anorexia o la bulimia al deprimirse (Connelly y otros, 1993), como ya vimos en el capítulo anterior. Una gran proporción de los adolescentes de ambos sexos que intentan suicidarse están deprimidos antes y después del intento. También se interrelacionan la depresión, los pensamientos suicidas y el abuso de sustancias (Kandel y otros, 1991).

Por otro lado, una imagen corporal negativa puede conducir a trastornos alimentarios y después a la depresión. Se ha comprobado que un elevado riesgo de depresión se asocia con la enfermedad; se trata de una especie de círculo vicioso: la enfermedad crónica deprime al paciente y la depresión lo hace más vulnerable a la enfermedad. Un funcionamiento social deficiente empeora a veces la relación entre progenitor e hijo durante la adolescencia y puede que también afecte las amistades y las relaciones amorosas. Por ejemplo, el embarazo es tres veces más probable entre las adolescentes deprimidas que en el resto de las jóvenes (Horowitz y otros, 1991).

Factores de protección y conductas de afrontamiento

Los cambios biológicos de la pubertad, lo mismo que los relacionados con la transición de la primaria a la enseñanza media básica y a la enseñanza media superior, exigen un considerable ajuste psicológico. En seguida examinaremos los factores de riesgo, los factores de protección y las conductas de afrontamiento.

Factores de riesgo Entre los factores que exponen los adolescentes a la depresión y a las reacciones al estrés se cuentan los siguientes:

1. Imagen corporal negativa, que puede producir depresión y trastornos alimentarios.
2. Mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre el futuro, lo cual causa depresión cuando el adolescente piensa en las posibilidades negativas.
3. Problemas familiares o de salud mental de los padres, que pueden originar reacciones de estrés y depresión, lo mismo que trastornos conductuales.
4. Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia, que pueden ocasionar depresión y estrés.
5. Poca popularidad entre los compañeros, la cual se relaciona con la depresión en la adolescencia y es uno de los principales indicadores de depresión en el adulto.

6. Bajo aprovechamiento escolar, que produce depresión y conducta negativa en los varones, pero que no parece afectar a las mujeres.

Al terminar la adolescencia, muchas niñas tienen una imagen personal negativa, expectativas relativamente bajas y mucho menor seguridad en sí mismas y en sus habilidades que los niños (Asociación Estadounidense de Mujeres Universitarias-American Association of University Women, 1991; Orenstein, 1994; Zimmerman y otros, 1997). A los nueve años la mayoría de las niñas tienen una opinión positiva de sí mismas, pero al comenzar la enseñanza media superior menos de una tercera parte se sienten de esa manera. Aunque los muchachos pierden parte de su autoestima en los años intermedios de ese nivel, la disminución no es tan grande como en las mujeres.

La pérdida de autoestima presenta importantes diferencias raciales y étnicas: al parecer se trata de un fenómeno que predomina en los blancos. Según las encuestas, las niñas afroamericanas obtienen la autoestima de sus familias y comunidades más que de sus experiencias en la escuela. A veces, conviven con mujeres fuertes a quienes admiran. Además, sus padres les enseñan que son personas perfectamente normales y que el mundo es el que se equivoca al discriminarlas. En cambio, las adolescentes de raza blanca reaccionan de manera excesiva ante las señales sociales en las escuelas en las que se favorece a los varones, como comentamos en capítulos anteriores. A los 15 o 16 años, muchas de ellas están llenas de dudas sobre su personalidad. Es común que se culpen cuando tienen problemas en asignaturas como matemáticas, mientras que los niños culpan más bien al curso (Daley, 1991). Al respecto observa Carol Gilligan:

Esta investigación hace que nos resulte imposible afirmar que lo que les sucede a las mujeres es un simple problema hormonal [...] De ser así, entonces la pérdida de autoestima afectaría a todas ellas más o menos al mismo tiempo. Esta investigación plantea preguntas muy diversas sobre las contribuciones culturales y sobre la función de las escuelas tanto en la reducción de la autoestima como en el potencial de intervención. (Citado por Daley, 1991.)

Factores de protección Hay tres grupos de factores de compensación que ayudan al adolescente a afrontar las transiciones de este periodo. Primero, las buenas relaciones con sus padres y sus compañeros amortiguan el estrés. Nunca insistiremos lo suficiente en la importancia de contar con relaciones que ofrezcan protección y apoyo. Segundo, un área de competencia o pericia, como los deportes, la música, alguna manualidad o una asignatura académica, sienta las bases de una seguridad realista. Por último, un rol que incluya la responsabilidad por otros (quizá por los miembros de un equipo o por hermanos menores) le ayudan a fijar prioridades y responder a los desafíos o crisis en una forma más adaptable.

Respuestas de afrontamiento Los adolescentes utilizan diversas respuestas de afrontamiento para manejar el estrés en su vida diaria. Alivian el estrés moderado con estrategias positivas como planear y organizar con cuidado, establecer prioridades, encontrar un amigo íntimo o un confidente. Cuando el adolescente se halla bajo gran presión, aumenta el uso de estrategias defensivas más negativas. En términos generales, las investigaciones demuestran que las formas más comunes de afrontar el estrés son el consumo de sustancias, las distracciones y la rebeldía. Los estudiantes de todos los niveles beben alcohol, fuman cigarrillos y consumen drogas para reducir el estrés. Recurren a distracciones como ir de compras, tomar una ducha o un baño caliente, salir con los amigos, dormir, ver televisión y comer. Si bien estas actividades no hacen frente al problema de manera directa, por lo menos distraen la atención. Por lo regular, pocos adolescentes bajo un estrés extremo piensan que pueden abordarlo de frente, pues a menudo carecen de los recursos personales necesarios (Mates y Allison, 1992).

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Cuáles son los factores que colocan al adolescente bajo un mayor riesgo de depresión?
2. ¿A qué se debe que la depresión sea más común en las adolescentes que en los varones?
3. ¿Cuáles son algunos de los factores de protección que ayudan al adolescente a afrontar las tensiones de su vida?

RESUMEN

Tareas del desarrollo en la adolescencia

- La adolescencia ha sido considerada tradicionalmente como un periodo de “crisis y estrés”. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes están bien ajustados y no tienen grandes conflictos con progenitores, compañeros ni consigo mismos.
- Aunque la distancia emocional entre los adolescentes y sus padres tiende a aumentar, no por fuerza genera rebeldía ni rechazo de los valores familiares.
- Una meta importante de la adolescencia es la independencia, en especial la autorregulación. Para convertirse en adulto también se requiere la interdependencia en diversas relaciones sociales.
- Según Erikson, la formación de la identidad representa el principal obstáculo que es preciso superar para efectuar una transición exitosa a la adultez.
- Los adolescentes obtienen muchas de sus ideas sobre los roles y los valores de distintos grupos de referencia o, en algunos casos, de un individuo especial llamado el otro significativo (que no es otra cosa que una persona importante para uno).
- La formación de la identidad es un proceso lento y complejo de autodefinición.
- Marcia identificó cuatro estados de la identidad: *exclusión, difusión, moratoria y consecución de la identidad*. El estado de un individuo dependerá de si ha pasado o no por un periodo de toma de decisiones denominado crisis de identidad. (Consúltese el diagrama de estudio en la página 381.)
- En el estado de exclusión, el adolescente ha hecho compromisos sin realizar una buena toma de decisiones. En el estado de difusión no ha sufrido una crisis ni ha optado por un rol o un código moral. En el estado de moratoria se halla en medio de una crisis de identidad o atraviesa por un periodo de toma de decisiones. La consecución de la identidad es el estado que alcanzan quienes han superado la crisis de identidad y han hecho sus compromisos.
- Por las decisiones sin resolver, la ansiedad es la emoción dominante en el estado de moratoria; en cambio, quienes se hallan en el estado de exclusión sufren poca ansiedad. Los que se encuentran en el estado de difusión son vulnerables al abuso del alcohol

y de las drogas. Los que han conseguido la identidad tienen los sentimientos más equilibrados para con sus padres y su familia.

- En los últimos años de la enseñanza media superior es muy probable que las mujeres se encuentren en el estado de exclusión y los varones en el de difusión. Ellas suelen manifestar más interés por los posibles conflictos entre familia y carrera.

Dinámica familiar

- Los adolescentes siguen recibiendo el influjo de su familia, pero los vínculos familiares pueden volverse tensos. Casi todos los conflictos giran en torno a los quehaceres domésticos, el noviazgo, las calificaciones y la apariencia personal.
- Por lo regular, al inicio de la adolescencia surgen más conflictos que en los años posteriores.
- Las influencias de los diversos estilos de crianza se prolongan hasta bien entrada la adolescencia. La calidez y el control seguro que ofrecen los padres autoritativos tranquilizan a los adolescentes.
- Los cambios en la familia han modificado la responsabilidad de los adolescentes en los quehaceres domésticos. Las hijas tienen ahora más responsabilidades que los hijos.
- Cuando los adolescentes se preparan para abandonar el hogar, cobran importancia tres aspectos de la función de la familia: la cohesión, la adaptabilidad y la calidad de la comunicación.
- Algunos estudios indican que los padres contribuyen de manera importante a que los adolescentes logren el equilibrio entre la separación y la conexión.

Compañeros y amigos

- Durante la adolescencia aumenta considerablemente la importancia de los grupos de compañeros. Las redes de compañeros son indispensables para la adquisición de las habilidades sociales.
- En parte, la competencia social se basa en la capacidad del adolescente de hacer comparaciones sociales. Con este proceso evalúa sus capacidades, conductas, aspecto y otras características en comparación con otros.

- En los últimos años de la adolescencia los jóvenes buscan amigos con quienes comparten características similares. Aumenta la intimidad en las amistades del mismo sexo.
- A medida que las amistades se vuelven más íntimas, el adolescente suele recurrir más a amigos cercanos que a sus padres en busca de consejo.
- En la adolescencia temprana las interacciones con el sexo opuesto normalmente tienen lugar en ambientes de grupo: la recreación y el estatus son las razones principales del noviazgo en esta etapa.
- Los adolescentes mayores piensan que la compañía y la elección de compañero son razones importantes del noviazgo. Las mujeres consideran que la intimidad es más importante que el sexo; los varones piensan que el sexo es mucho más importante que la intimidad.
- Hay dos tipos básicos de grupos: las bandas, que constan de 15 a 30 miembros, y las pandillas formadas por tres a nueve miembros. Los integrantes de las pandillas comparten el ambiente, algunas características e intereses o la reputación.
- Cerca del 20 por ciento de los adolescentes no pertenecen a grupos identificables y, por tanto, son “solitarios”. La soledad puede tener algunas cualidades positivas, pero la soledad impuesta por otros puede producir profundos sentimientos de aislamiento y de depresión.
- Al definir su identidad, los adolescentes deben negociar el límite entre los diversos puntos de vista de parientes y compañeros.
- Como en el caso de los cigarrillos, un factor decisivo del consumo del alcohol entre los adolescentes es la idea de que es un símbolo de adultez y de madurez social.
- El consumo del alcohol en los jóvenes depende de la edad, el origen, la religión, la localidad y el género. El adolescente característico que abusa del alcohol es un varón con bajas calificaciones y con antecedentes familiares de alcoholismo.
- Después del alcohol y la nicotina, la marihuana es la sustancia más común en Estados Unidos. Tras una disminución en la década de 1980, el consumo entre adolescentes y adultos jóvenes comenzó a elevarse otra vez en la década de 1990.
- Por el elevado costo de la cocaína, su consumo nunca ha sido muy frecuente entre los adolescentes; no obstante, el consumo de heroína aumentó en la década de 1990.
- Se califica de delincuentes juveniles a las personas menores de 16 o 18 años que cometen actos delictivos. En algún momento, la mayoría de estos niños se entrega a conductas delictivas como el hurto en tiendas. Estos actos son más probables entre los hijos de familias de un solo progenitor encabezadas por la madre, cualquiera que sea el nivel socioeconómico de la familia.

Riesgos y peligros de la adolescencia

- Muchos adolescentes se entregan a conductas riesgosas como el sexo sin protección y el abuso de drogas. Otros encauzan el aumento de energía y la curiosidad intelectual en diversas actividades como los deportes.
- Los adolescentes adoptan conductas de alto riesgo por diversas razones. Tal vez no conozcan los riesgos que corren o subestiman la probabilidad de resultados negativos. Se concentran principalmente en los beneficios previstos, entre éstos un estatus más elevado entre sus compañeros.
- Los adolescentes con autoestima, sentido de competencia y noción de pertenencia a un orden familiar y social estable no suelen mostrar conductas de alto riesgo.
- Conductas generalizadas de alto riesgo durante la adolescencia y la adultez temprana son el consumo y abuso del alcohol y de otras sustancias. Las estadísticas de Estados Unidos reflejan índices elevados de consumo de drogas entre los jóvenes; al parecer, la ingestión de algunas drogas aumentó en la década de 1990.
- Uno de cada cuatro jóvenes fuma; el tabaquismo se correlaciona en forma estrecha con el consumo de otras sustancias.
- Los estudios de los trastornos psiquiátricos que se presentan en la adolescencia revelan un índice relativamente bajo de depresión moderada a grave; pero los síntomas pueden poner en riesgo la vida de los afectados.
- Los varones con este tipo de problemas suelen entregarse a conductas antisociales; las mujeres, por su parte, están más propensas a reprimir los síntomas y deprimirse.
- La depresión en la adolescencia ocurre con frecuencia al mismo tiempo que otros trastornos, como los de ansiedad. Es más probable que los varones manifiesten conductas inadecuadas cuando se sienten deprimidos; las mujeres, en cambio, suelen sufrir trastornos alimentarios.
- Los factores de riesgo de la depresión incluyen una imagen corporal negativa, mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y el futuro, problemas familiares y poca popularidad entre los compañeros.
- Al terminar los primeros años de la adolescencia, muchas mujeres tienen una imagen personal pobre, expectativas relativamente bajas y mucha menor confianza en sí mismas y en sus capacidades que los varones.
- Los factores que ayudan al adolescente a afrontar las transiciones de este periodo incluyen una buena relación con los padres y los compañeros, un área especial de competencia o pericia y un rol que incluya responsabilidad por otros.

Estrés, depresión y afrontamiento del adolescente

CONCEPTOS BÁSICOS

interdependencia
formación de la identidad
crisis de identidad

estado de exclusión
estado de difusión
estado de moratoria

consecución de la identidad
comparación social

UTILICE LO QUE APRENDIÓ

Como hemos visto en el capítulo, los adolescentes deben negociar los límites en su casa y la escuela, con la familia y los compañeros y en el entorno social más amplio. Algunas veces chocan entre sí los valores, las prácticas y las expectativas de esos grupos. Las decisiones más simples —qué ponerse, qué música escuchar, cómo pasar el tiempo después de clases— también pueden ser fuentes de conflicto. Los principales actitudes y valores pueden ser puestos en tela de juicio; por ejemplo, los relacionados con el aprovechamiento escolar, el consumo de alcohol y otras sustancias, y el sexo.

Entreviste a dos adolescentes respecto de los límites culturales de su vida. (Si no puede concertar una entrevista, estudie la conveniencia de usar como punto de

referencia su propia adolescencia y la de un amigo.) Hágalos sentirse lo suficientemente cómodos como para que le expliquen con todo detalle los contextos antagónicos de su vida. He aquí algunos ejemplos de qué preguntas formular:

- ¿Cuáles son algunas de las cosas más importantes en que coincide con sus padres?
- ¿Cuáles son algunos de los conflictos más graves?
- ¿Qué le incomoda de las expectativas de su familia, de sus compañeros y amigos?

Las respuestas a éstas y a otras preguntas semejantes deben darle una idea del “acto de malabarismo” de los adolescentes.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

CARY, L. (1991). *Black ice*. Nueva York: Knopf. Lorene Cary nos ofrece un interesante recorrido autobiográfico que comenzó a los 15 años de edad en un gueto de negros en Filadelfia, que prosiguió en la renovadora experiencia de integración racial y que culminó en el privilegiado mundo de una preparatoria exclusiva.

EDER, D., EVANS, C. C. Y PARKER, S. (1995). *School talk: Gender and adolescent culture*. Brunswick, NJ: Rutgers University Press. Estos sociólogos entran en el difícil mundo de la cafetería escolar y tratan de conocer las normas culturales de los tipos duros y de los torpes, de las amistades y la segregación de los jóvenes poco populares. Libro de bolsillo muy ameno, a pesar de su sólida base de investigaciones.

ELKIND, D. (1997). *All grown up and no place to go: Teenagers in crisis*. Reading, MA: Addison Wesley. Basado en investigaciones y en su práctica clínica, David Elkind examina las presiones que hoy enfrenta el adolescente en comparación con las de décadas

anteriores. Señala los peligros que una estimulación y expectativas exageradas representan para la salud mental del niño.

GILLIGAN, C. (1983). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Exposición profunda e interesante sobre las diferentes raíces del pensamiento moral en la mujer y en el hombre. La autora contrasta las teorías y se basa en su propia investigación, sobre todo la realizada con mujeres adolescentes.

HAUSER, S. (1991). *Adolescents and their families: Paths of ego development*. Nueva York: Free Press. Obra erudita y amena que nos proporciona abundantes estudios de casos. Hauser nos presenta estas cuatro “trayectorias” principales a través de la adolescencia, así como las formas en que los padres guían sutilmente a sus hijos adolescentes.

ORENSTEIN, P. (1995). *Schoolgirls: Young women, self-esteem, and the confidence gap*. Nueva York: Anchor. Este trabajo es un seguimiento exhaustivo y ágil de la

encuesta que la Asociación Estadounidense de Mujeres Universitarias realizó sobre las adolescentes y la pérdida de la autoestima.

RUBIN, N. (1994). *Ask me if I care: Voices from an American high school*. Berkeley, CA: Ten Speed Press, 1994. En esta obra, los adolescentes hablan y escriben sobre sexo, drogas, violencia, identidad racial, estrés e ima-

gen personal a medida que van tomando decisiones y van encontrando su camino en la vida diaria.

SMITH, C. D. (1996). *Strangers at home: Essays on the effects of living overseas and coming "home" to a strange land*. Bayside, NY: Aletheia. Esta obra es una fascinante antología de reflexiones personales de los estadounidenses que vivieron fuera del país durante la niñez y la adolescencia.

12

Juventud: desarrollos físico y cognoscitivo

CAPÍTULO



TEMARIO

Teorías sobre el desarrollo del adulto

Relojes biológicos y normas sociales
Paradigmas o métodos contextuales

Desarrollo físico en la juventud

Fuerza y resistencia
Salud y condición física
Fertilidad
Sexo y sexualidad

Continuidad y cambios cognoscitivos

¿Crecimiento o deterioro cognoscitivo?
“Etapas” del pensamiento en el periodo universitario
Flexibilidad de la inteligencia

Estadios y tareas del desarrollo del adulto

Tareas del desarrollo propuestas por Havighurst
Tareas del desarrollo propuestas por Erikson
Estadios en la vida del varón propuestos por Levinson
Estadios en la vida de la mujer
Transformaciones propuestas por Gould

Investigación en Hispanoamérica

La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe

Cecilia Moya
Advocates for Youth

En América Latina y el Caribe la población entre los 10 y 24 años de edad alcanzó 155 millones en el año 2000, lo cual representa alrededor de un tercio de la población total de la región. En esta región muchos jóvenes están teniendo relaciones sexuales, a menudo sin protección, lo cual los coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos inseguros, e infección con enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH. Las investigaciones revelan que el embarazo adolescente sigue siendo frecuente en América Latina, y que en el Caribe la epidemia del VIH/SIDA es alarmante entre los más jóvenes. Sin embargo, algunas iniciativas para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes están dando resultados alentadores.

(...) En general, en **América Latina** y el **Caribe** la edad de la primera relación sexual es significativamente más baja para los hombres que para las mujeres. Un estudio de jóvenes en 11 países encontró que la edad promedio de la primera relación sexual para los varones varía de 12.7 años en **Jamaica** a 16.0 años en **Chile**; para las mujeres, varía de 15.6 años en **Jamaica** a 17.9 años en **Chile**.

En el **Caribe**, casi dos tercios de los adolescentes no han tenido relaciones sexuales. Del tercio de adolescentes con experiencia sexual, alrededor de la mitad reportó que su primera relación fue forzada. Más de la mitad de los varones sexualmente activos y alrededor de un cuarto de las mujeres adolescentes sexualmente activas reportaron ser menores de 10 años al momento de su primera experiencia sexual. Un estudio realizado en **México** reportó que 17 por ciento de los varones y cinco por ciento de las mujeres de 15 años ya habían tenido relaciones sexuales. A la edad de 18 años, la mitad de los hombres y un quinto de las mujeres reportaron ser sexualmente activos.

(...) En **América Latina** y el **Caribe**, 90 por ciento o más de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, excepto **Bolivia** (74 por ciento), **Guatemala** (68 por ciento), y **Paraguay** (89 por ciento). Sin embargo, los porcentajes de uso son bajos. En el **Perú**, entre las adolescentes no unidas sexualmente activas, el 27 por ciento usa métodos modernos, el 42 por ciento usa métodos tradicionales (ritmo o retiro) y el 28 por ciento no usa actualmente un método anticonceptivo. En **Colombia**, los porcentajes son 50, 30 y 19, respectivamente. En **El Salvador**, de las mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual, solamente el 10 por ciento reportó haber usado anticonceptivos durante su primera relación sexual.

(...) Aumentos y descensos en el nivel de embarazos adolescentes han ocurrido en **América Latina** y el **Caribe** durante los últimos 20 años. En **Ecuador** y **México**, por ejemplo, el nivel ha disminuido entre 10 y 15 por ciento, y en la **República Dominicana**, **Perú** y **Trinidad y Tobago**, las adolescentes de hoy tienen 25 a 37 por ciento menos probabilidades de quedar embarazadas que las de hace una generación. Mientras tanto, ha habido poco cambio o ligeros aumentos en el **Brasil**, **Colombia**, **Guatemala** y **Paraguay**. En el **Ecuador**, el 20 por

ciento de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo. En **Bolivia**, el 14 por ciento de las adolescentes ya son madres o están gestando por primera vez. En el **Noreste brasileño**, el 17 por ciento de las adolescentes ha dado a luz alguna vez. En **América Latina**, entre el 10 y el 21 por ciento de las hospitalizaciones por aborto corresponden a adolescentes. Además, un tercio de las adolescentes hospitalizadas por aborto sufrieron de sepsis, en comparación con un cuarto entre las mujeres adultas. En el **Perú**, un tercio de las mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto tienen entre 15 y 25 años. En **Chile** y **Argentina**, más de un tercio de las muertes maternas entre las adolescentes son resultado directo de un aborto inseguro.

(...) Un estudio realizado en **Trinidad y Tobago** reveló que cerca de un cuarto de los varones y las mujeres sexualmente activos entre y 24 años habían tenido relaciones con más de una pareja, y menos de la quinta parte reportó uso consistente del condón.

En un estudio realizado en el **Perú**, el 50 por ciento de varones sexualmente activos y el 70 por ciento de mujeres sexualmente activas reportaron nunca haber usado un condón. Una encuesta en una escuela secundaria del Perú encontró que el 23 por ciento de los varones tenía una ETS. En un estudio de jóvenes varones en el **Brasil**, el porcentaje que reportó uso del condón en la primera relación sexual aumentó de cinco a 50 por ciento entre 1986 y 1999. En **México**, el 42 por ciento de los adolescentes sexualmente activos y el 36 por ciento de las adolescentes sexualmente activas afirmaron haber usado un condón en su primera relación sexual. Estos niveles son similares a los encontrados en países europeos.

(...) En **Colombia**, un proyecto de integración de servicios amigables a los jóvenes a las clínicas de adultos, realizado por PROFAMILIA en 13 clínicas, logró un incremento del 37 por ciento en las visitas de los adolescentes para anticoncepción durante los primeros seis meses del proyecto en comparación a las visitas antes del proyecto. También se logró un incremento de 61 por ciento en las visitas ginecológicas y de 64 por ciento en las pruebas de embarazo para adolescentes. En el **Brasil**, un proyecto de educación sexual en las escuelas realizado por BEMFAM, logró un incremento del 14 por ciento en el conocimiento correcto de la transmisión de ETS/VIH, cinco por ciento en uso del condón en la última relación sexual y 10 por ciento en el conocimiento de dónde encontrar tratamiento para las ETS. En **Chile**, un programa de educación sexual comparó el grupo de intervención con el grupo de control y demostró haber promovido una actitud más madura y responsable frente a la sexualidad, elevado la edad de inicio sexual y el uso de anticoncepción, así como disminuido el número de embarazos adolescentes no deseados.

Objetivos del capítulo



Cuando termine este capítulo, podrás:

1. Explicar por qué la ausencia de marcadores relacionados con la edad dificulta el análisis de los procesos de desarrollo que tienen lugar durante la juventud.
2. Analizar la utilidad de los relojes biológicos y la capacidad de afrontamiento para evaluar el desarrollo del adulto.
3. Explicar los aspectos más importantes del desarrollo físico en la juventud, entre los que se cuentan la fuerza y la resistencia, la condición física y la salud, la fertilidad y la sexualidad.
4. Analizar las pruebas en favor del crecimiento y el desarrollo cognoscitivo continuos durante la adultez.
5. Exponer las ventajas y desventajas de evaluar el desarrollo del adulto por etapas.
6. Describir las diversas formas en que los teóricos han tratado de explicar el desarrollo cognoscitivo en la adultez.
7. Identificar algunas de las tareas más importantes del desarrollo de la juventud.
8. Explicar la posible aplicación diferencial de los “estadios” al desarrollo del varón y de la mujer en la adultez.
9. Resumir las “transformaciones” cognoscitivas que pudieran aplicarse al desarrollo del adulto.

El desarrollo es un continuo que se da durante toda la vida. Si bien algunos teóricos sostienen que en la adultez hay etapas bien definidas del desarrollo, los procesos que ocurren en la vida adulta se distinguen de los de la niñez y la adolescencia. Los cambios en el pensamiento del adulto, en su personalidad y en su comportamiento se deben menos a la edad cronológica o a cambios biológicos específicos y más a factores personales, sociales y culturales. Los influjos sociales y las exigencias culturales en la juventud apoyan, amplían o alteran los patrones conductuales fincados en el periodo de la adolescencia. Día tras día hay que tomar decisiones y resolver problemas. El rasgo distintivo de la madurez es la creciente capacidad de reaccionar al cambio y adaptarse a las nuevas circunstancias. La resolución positiva de las contradicciones y dificultades constituye el fundamento de la actividad madura de un adulto (Datan y Ginsberg, 1975). No todos los adultos avanzan o estructuran su vida en la misma forma. Los caminos se bifurcan en esta etapa y, por tanto, los adultos presentan menos aspectos comunes que los niños.

No obstante, como veremos luego, se observan algunos aspectos comunes en el desarrollo del adulto. Aunque no hay marcadores físicos semejantes a los de la pubertad ni etapas cognoscitivas bien delineadas, sí existen hitos *sociales* definidos por los que hay que atravesar; por ejemplo, los roles y las relaciones que forman parte de los ciclos de la familia y de la carrera. Los desarrollos social y emocional coexisten con los cambios físicos graduales que se dan en este periodo, lo mismo que con el conjunto creciente de conocimientos, habilidades y experiencias —los cuales pueden estar bajo el influjo de sucesos repentinos y traumáticos que acontecen en el nivel personal y en el cultural/social.

El tiempo en que se dan hitos sociales como el matrimonio, la procreación y la elección de carrera varían mucho de un individuo a otro. Las formas en que

los individuos reaccionan a estos acontecimientos, lo mismo que la índole de los roles que deben desempeñar, varían según las exigencias y las restricciones de la cultura. Algunos acontecimientos sociales —y las transiciones concomitantes— son *normativos*; otros son *idiosincrásicos*. Los sucesos y las transiciones normadas se observan en tiempos relativamente específicos y los comparte la mayoría de los miembros de una cohorte de edad. Tales acontecimientos pocas veces se acompañan de un estrés agudo extremo, pues se dispone de tiempo para planear, de apoyo social y de significado cultural para dar orientación. Dos ejemplos de estos acontecimientos son la búsqueda del primer empleo y el abandono del hogar paterno.

En cambio, los hechos y las transiciones idiosincrásicos pueden ocurrir en cualquier momento; por ejemplo, perder el empleo, la muerte repentina del cónyuge, contraer una enfermedad grave o —algo positivo— ganarse la lotería. Como estos hechos no suelen anticiparse o compartirse con otros, producen gran estrés y exigen una reorganización radical de la vida personal y social del individuo.

En este capítulo, además de analizar el desarrollo físico y cognoscitivo en la juventud, sentaremos las bases de los capítulos siguientes. Expondremos los conceptos y teorías fundamentales del desarrollo del adulto, estudiando la forma en que los teóricos definen la adultez en función de los *relojes biológicos*. A continuación nos concentraremos en la juventud o adultez temprana, primero a partir del desarrollo físico y luego a partir del funcionamiento cognoscitivo, considerando las perspectivas de continuidad y cambio. Veremos luego si el desarrollo cognoscitivo del adulto presenta etapas identificables. Nos ocuparemos además de las características de la cognición del adulto, la cual interactúa con el desarrollo social y de la personalidad. Por último, consideraremos algunas de las tareas del desarrollo de la juventud.



Factores de la personalidad como la flexibilidad y el optimismo tienen una influencia positiva en la capacidad del individuo para afrontar acontecimientos catastróficos como un terremoto.

Teorías sobre el desarrollo del adulto

Según señalamos en el capítulo 1, por convención dividimos el periodo adulto en juventud o adultez temprana (los 20 y los 30 años de edad), madurez (los 40 y los 50) y vejez (de los 60 o 65 en adelante). Señalamos asimismo que varía mucho lo que la edad significa para una determinada persona. ¿Cómo podemos clasificar y estudiar el desarrollo del adulto si gran parte de éste se basa en la conducta y el juicio individual? En ausencia de otros criterios que no sean los arbitrarios intervalos de edad, nos volveremos a los conceptos de relojes biológicos y normas sociales.

Relojes biológicos y normas sociales

Dada la dificultad, por no decir la imposibilidad, de asignar etapas al desarrollo del adulto basándonos de manera exclusiva en la edad, los investigadores idearon el concepto de **reloj biológico** (Neugarten, 1968a), el cual es una forma de sincronización interna; nos permite saber si estamos avanzando por la vida de manera muy lenta o muy rápida. Por ejemplo, una persona de 35 años que todavía está en la universidad estará rezagada con respecto a sus coetáneos, mientras que una de 35 años que ya piensa en la jubilación estaría demasiado adelantada. Gracias a los relojes biológicos, sabemos cuándo deben ocurrir ciertos hechos en nuestra vida. Si suceden antes o después, nos sentiremos mal y recibiremos menos apoyo de los compañeros que cuando realizamos las cosas de acuerdo con lo programado.

En otras palabras, tenemos expectativas, restricciones y presiones intrínsecas de varios periodos de la vida que nos aplicamos y aplicamos a otros. Si bien el origen

reloj biológico Forma de sincronización interna con que se mide el desarrollo del adulto; medio por el que sabemos si estamos progresando muy rápida o lentamente en relación con los sucesos sociales más importantes que ocurren durante la adultez.



Aunque los relojes biológicos nos permiten saber cuándo deberían ocurrir los acontecimientos, son más flexibles que antes. Muchas personas, como esta mujer, vuelven a la escuela entre los 30 y los 40 años e incluso más tarde.

de estos límites en ocasiones es biológico o psicológico, la mayoría de las veces es social: una mujer por lo general no concibe después de la menopausia y a un hombre mayor quizá no le agraden los problemas de criar un niño. Por ejemplo, si observamos una pareja que con orgullo presenta a su hijo recién nacido ante los amigos, reaccionaremos de modo muy distinto dependiendo de si la pareja anda por los veinte o cuarenta años. No daremos la misma interpretación a sus motivos y quizá adoptemos una conducta diferente ante ellos. Para complicar aún más las cosas, los comportamientos esperados de un individuo y las reacciones de otros pueden variar mucho, según los contextos históricos y culturales, como se comenta en el recuadro “Estudio de la diversidad” en la página siguiente.

Al analizar los cambios culturales acontecidos en Estados Unidos durante las últimas décadas, Bernice y Dail Neugarten (1987) señalan que “se han desdibujado los periodos tradicionales de la vida”, cuyo resultado es que los relojes biológicos son en la actualidad más flexibles que en décadas anteriores. Los estudiantes “no tradicionales” vuelven a la escuela entre los 35 y 45 años e incluso a una edad mayor; muchas parejas posponen el nacimiento del primer hijo hasta mediados o finales de su tercera década de vida; las parejas se casan, se divorcian y contraen nuevas nupcias a lo largo de todo el ciclo vital y no sólo durante la juventud. En 1950, 80 por ciento de los varones y 90 por ciento de las mujeres pensaban que la edad óptima para que un hombre se casara era entre 20 y 25 años; en cambio, en 1970 apenas 24 por ciento opinaba así. Los investigadores proceden a decir que la sociedad estadounidense es una sociedad “ajena a la edad”: los integrantes de una cohorte de edad adulta pueden participar en actividades y en hechos muy heterogéneos.

Tres componentes de la edad Es importante no olvidar que la **edad cronológica** (años de vida) de un adulto significa poco en sí. Una forma más adecuada de ver las cosas es la **edad biológica** en interacción con la **edad social** y la **edad psicológica** (Birren y Cunningham, 1985). La edad biológica, o sea la posición que ocupamos en el ciclo vital, varía enormemente de un individuo a otro. La edad cronológica de una persona de 40 años con enfisema y con una cardiopatía grave, que tiene muchas probabilidades de morir en un futuro cercano, difiere mucho de la de una persona sana de 40 años que espera vivir otros 35 años o más. Por su parte, la edad social es la relación que guarda el estatus actual de un individuo con las normas culturales. Una persona casada de 40 años con tres hijos es diferente de una soltera de esa misma edad que tiene una novia o novio informal y que no planea tener hijos. Por último, la edad psicológica indica el nivel de adaptación a exigencias sociales y ambientales de otra índole. Abarca aspectos como inteligencia, capacidad de aprendizaje y habilidades motoras, lo mismo que dimensiones subjetivas como sentimientos, actitudes y motivos.

¿Qué es la madurez? Aunque las edades biológica, social y psicológica se combinan para producir la madurez, hay ciertos rasgos psicológicos que son sus elementos primarios. Éstos pueden variar según la cultura, pero incluyen la independencia y autonomía física y social; la capacidad para tomar decisiones independientes; y algo de estabilidad, sabiduría, confiabilidad, integridad y compasión. Diferentes investigadores incorporan diversas características en la mezcla y cada cultura impone sus propias exigencias, de modo que no existe una definición universal de la madurez.

Paradigmas o métodos contextuales

Un *paradigma* es un modelo o esquema hipotético o, más simplemente, una forma sistemática de observar las cosas. Los **paradigmas contextuales** del desarrollo humano se proponen describir y organizar los efectos de varias clases de factores que influyen en el desarrollo. El término *contexto* se emplea aquí como en otros pasajes del libro: hablamos del contexto ambiental, el social, el

edad cronológica Años de vida.

edad biológica Posición de la persona en relación con su esperanza de vida.

edad social Estado actual del individuo en comparación con las normas culturales.

edad psicológica Capacidad actual del individuo para enfrentar y adaptarse a las exigencias sociales y ambientales.

paradigmas contextuales Planteamiento de que muchos factores ambientales, sociales, psicológicos e históricos interactúan y determinan el desarrollo.

ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD

LA HISTORIA, LA CULTURA Y EL TRASCURSO DE LA VIDA

En muchos aspectos, el estudio del desarrollo del adulto consiste en examinar el transcurso de la vida, es decir, las formas en que la biografía personal del individuo se interrelaciona con el periodo histórico en que le tocó vivir y con el lugar que ocupa dentro del sistema social. Las investigaciones señalan que los factores sociales, culturales e históricos tienen un efecto impresionante en las transiciones decisivas de la vida y que estos factores contribuyen a definir las expectativas personales (Hagestad, 1990; Stoller y Gibson, 1994).

Es, pues, importante analizar la forma en que los factores históricos definen las condiciones demográficas de un periodo e influyen en las expectativas normales y en los guiones de vida de quienes viven en ese periodo. Es obvio que una mujer pobre y de raza negra nacida en un barrio bajo en 1950 tendrá una vida muy distinta a la mujer blanca nacida durante la misma época en una familia con buenos contactos sociales que habita en la zona rica de la ciudad. Es, asimismo, evidente que una mujer negra nacida en 1870 tenía una vida muy diferente de la que tendrá una que haya nacido 100 años después.

Quizás el cambio histórico que más incide en el curso de la vida es el aumento de la esperanza de vida. Si bien

en 1900 apenas 14 por ciento de las mujeres estadounidenses llegaban a los 80 años o más, para 1980 se pronosticó que más de la mitad de ellas alcanzarían esa edad (Watkins y otros, 1987). En 1600, casi la mitad de los niños alemanes no llegaba a la adultez, de modo que por siglos “se necesitaban dos niños para hacer un adulto” (Imhof, 1986). Estos cambios influyen en la forma en que las familias perciben la muerte de un niño. Antaño perder a un hijo era un hecho normal y previsible; en la actualidad, es una parte anormal del guión social. En 1800, cuando una mujer común llegaba a los 35 años, ya había perdido a la tercera parte de sus hijos. En 1990, menos de 1 por ciento de las mujeres de esa edad han perdido un hijo. En consecuencia, la muerte de un hijo es ahora una terrible pérdida personal y no una experiencia por la que tarde o temprano pasan todas las mujeres.

Los periodos históricos influyen, asimismo, en los “presupuestos temporales” de la adultez, de modo que los adultos modernos se dedican a actividades muy distintas a las de los de épocas anteriores. Cuando Ellen Gee (1986, 1987, 1988) estudió las condiciones demográficas de 1830, descubrió que después del matrimonio 90 por ciento de la vida de la mujer estaba consagrada a criar hijos. En cambio, en 1950 el porcentaje había disminuido a 40 por ciento. Otra observación interesante es que, en 1860, ape-

nas 16 por ciento de las personas de 50 años tenían vivos a sus padres, mientras que en 1960 el porcentaje aumentó a 60 por ciento.

En la actualidad, el fallecimiento de un progenitor es una transición más normada por la edad que nunca antes, es decir, ocurre en momentos predecibles del ciclo vital. Ahora sobreviene mucho después en la vida del niño y suele darse en un lapso relativamente pequeño (Winsborough, 1980), de ahí que a los *baby boomers* (la generación de la posguerra) se les llame la generación “emparedado”, porque tienen la responsabilidad de criar a sus hijos y de atender a sus padres ancianos, a menudo enfermos.

La vida de un individuo es única, si consideramos los efectos de factores como el género, la raza, el nivel socioeconómico, la personalidad y la inteligencia. Pese a ello, a los investigadores les fascinan los patrones discernibles que comparten los miembros de las mismas cohortes de adultos. Se preguntan cómo evolucionarán los patrones en los próximos 100 años a medida que la medicina y la tecnología alarguen la vida y aminoren las enfermedades y el sufrimiento, conforme los roles sexuales sigan cambiando y a medida que los afroamericanos, los hispanos y otros grupos minoritarios representen una parte cada vez más grande del “mosaico policromático” de la población estadounidense.

psicológico y el histórico, cada uno de los cuales influye en el desarrollo en interacción con los demás.

En gran medida, el contexto es lo que nos hace individuos únicos: no hay dos personas que vivan la misma combinación de contextos. Los paradigmas contextuales tratan de organizar diversos contextos en un paquete ordenado para ofrecer así información sobre los aspectos comunes y las idiosincrasias del desarrollo. Se concentran en las fuerzas del desarrollo como un todo, tanto internas como externas, o sea las biológicas y de maduración o las de las experiencias e históricas (Dixon, 1992). El planteamiento contrario, ya obsoleto, consiste en ver el desarrollo desde una sola perspectiva, excluyendo las otras.

Sobra decir que los métodos contextuales son complejos. Éstos se aplican también al ciclo vital, desde la niñez temprana. Sin embargo, las consideraciones contextuales cobran su máxima importancia en el desarrollo del adulto cuando, como ya dijimos, los caminos de la vida comienzan a bifurcarse mucho en comparación con los de la niñez y de la adolescencia.

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Qué son los relojes biológicos y por qué son menos rígidos ahora que en décadas anteriores?
2. Explique de qué manera se aplican los tres componentes de la edad al concepto de madurez del adulto.
3. ¿Qué son los paradigmas contextuales y cómo contribuyen al conocimiento del desarrollo humano?

Desarrollo físico en la juventud

En parte, las respuestas a los acontecimientos de la vida dependen de nuestra capacidad física: salud, buena condición física, fuerza y resistencia. Casi todos los aspectos del desarrollo físico alcanzan su nivel máximo en la juventud. La mayoría de los jóvenes son más fuertes, más sanos y más fértiles de lo que han sido o serán en el futuro. Por lo regular, también son más activos y abiertos en el aspecto sexual y tienen un sentido claro de su identidad sexual.

Fuerza y resistencia

En la juventud, entre los 20 y los 30 años, la mayoría de las personas disfrutan plenamente la vitalidad, la fuerza y la resistencia en comparación con las personas de otras edades. Como vimos en el capítulo 3, se trata de una expectativa normada por la edad. Casi todas las culturas aprovechan los mejores años sometiendo a quienes aspiran a ser profesionales a regímenes agotadores de prácticas, exámenes de sinodales y defensas de disertaciones; enviando a los jóvenes a la guerra; idolatrando a jóvenes atletas y modelos; imponiendo a las mujeres la expectativa de la maternidad.

En términos generales, el funcionamiento de los órganos, el tiempo de reacción, la fuerza, las habilidades motoras y la coordinación sensoriomotora alcanzan su nivel máximo entre los 25 y los 30 años; después empiezan a menguar paulatinamente. No obstante, el deterioro que ocurre de los 30 a los 40 es menor de lo que piensa la gente. Como se advierte en la figura 12-1, las funciones de los sistemas biológicos empiezan a disminuir después de los 40 años aproximadamente. Por tanto, aunque el deterioro de la actividad óptima que ocurre después de los 23 o 26 años puede ser muy importante para los grandes atletas, apenas si afecta a la población en general. Sin embargo, no todos los sistemas están en su nivel máximo entre los 25 y los 30 años. Por ejemplo, el ajuste visual empieza a disminuir en forma gradual, pero estable en la niñez media; la agudeza visual comienza una reducción muy lenta a partir de los 20 años y después de los 40 se acelera mucho (Meisami, 1994).

La disminución de las habilidades y capacidades físicas es más notoria en situaciones de emergencia y en otros momentos en que se imponen al cuerpo exigencias extremas (Troll, 1985). Por ejemplo, cuando una mujer tiene entre 35 y 40 años, el embarazo agota más su reserva de energía física que cuando tiene entre 23 y 26 años. Además, tal vez tarde más tiempo en recuperar su estado normal después de que nazca su hijo. En forma parecida, a una mujer de 25 años le es más fácil trabajar en varios empleos para ayudar a su familia a superar una crisis económica que a una mujer de cuarenta.

Salud y condición física

En general, la juventud es un periodo de buena salud sobre todo en las personas que siguen una dieta adecuada, hacen ejercicio regularmente, no fuman ni

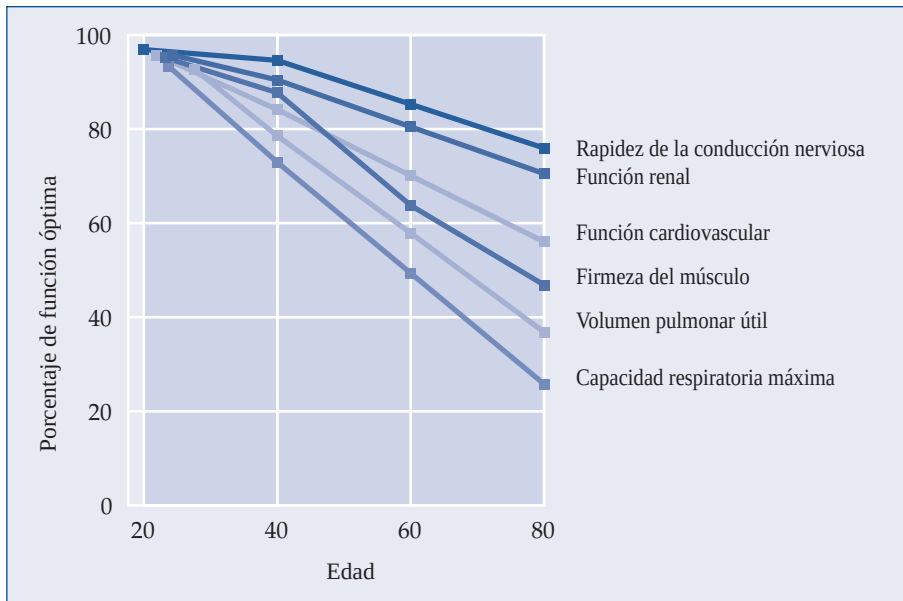


Figura 12-1

Deterioro promedio de los sistemas biológicos. Estos deterioros pueden atenuarse mucho con prácticas de salud y de acondicionamiento físico, incluido el ejercicio regular.

Fuente: adaptado de J. Fries y L. Crapo, *Vitality and Aging*. San Francisco: W. H. Freeman and Company, 1981.

consumen drogas, ingieren alcohol en cantidades moderadas o no lo toman en absoluto. En comparación con adultos mayores, es poco probable que el joven tenga exceso de peso.

Los hábitos de salud y ejercicio que se cultivan durante la juventud suelen continuarse durante toda la adultez. Muchos de éstos tienen efectos positivos que estudiaremos más a fondo en el capítulo 14. Las actitudes y las conductas relacionadas con la salud y la condición física se modifican en cualquier momento; pero como la gente suele resistirse al cambio, es muy importante adquirir hábitos sanos en la juventud.

Condición física Muchos atletas alcanzan el nivel máximo de sus habilidades y de acondicionamiento en la juventud. Entre los 23 y 27 años, los músculos *estriados* (voluntarios), incluidos bíceps y tríceps, consiguen su mayor fuerza física (Hershey, 1974). La fuerza máxima de las piernas aparece entre los 20 y los 30 años y la de las manos hacia los 20 años (Buskirk, 1985). Desde luego, la edad en la que los atletas dan su mejor *desempeño* varía según el deporte (Fries y Crapo, 1981). Los nadadores casi siempre lo alcanzan durante la adolescencia, los corredores y los jugadores de tenis, entre los 20 y los 25 años (Schulz y Salt-house, en prensa). Por su parte, los golfistas, salvo excepciones notables, suelen alcanzar su desempeño óptimo entre los 25 y los 35 años. Los jugadores de ligas mayores lo hacen de los 27 a los 30 años, aunque los más hábiles pueden conservar ese nivel durante varios años más (Schulz y otros, 1994).

En las últimas décadas, el ejercicio y la dieta han mejorado tanto la condición física que los adultos mayores pueden alcanzar en la actualidad niveles más elevados de desempeño que los adultos de hace 100 años. Cuando Anders Ericsson (1990) comparó los tiempos ganadores de los corredores más jóvenes en los Juegos Olímpicos de 1896 con los niveles logrados por los atletas veteranos de 50 a 69 años en 1979, descubrió que los atletas mayores eran más rápidos que los ganadores más jóvenes de medalla de oro. Por ejemplo, en 1896 el tiempo del ganador del maratón fue de dos horas con 59 minutos; en 1979, el tiempo de los atletas veteranos que corrieron la misma distancia fluctuaba entre dos horas con 25 minutos para los de 50 a 54 años y dos horas con 53 minutos para los de 65 a 69 años. En términos generales, la edad avanzada se compensa con una alimentación y una instrucción de más alta calidad durante el periodo de la adultez.



El embarazo entre los 35 y los 40 años seguramente consumirá más capacidad de reserva de la mujer que un embarazo entre los 20 y los 30 años.



En la actualidad, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que tiene por consecuencia el SIDA, es la principal causa de muerte entre varones de 25 a 44 años de edad.

Índice de mortalidad en la juventud El índice de mortalidad es menor en los jóvenes que en cualquier otro grupo de edad. En la actualidad, pocas mujeres jóvenes mueren durante el parto. La tuberculosis ha dejado de ser la causa principal de fallecimiento entre los jóvenes, y hoy en día es más fácil controlar enfermedades como la diabetes, las cardiopatías y los problemas renales. No obstante, el índice de muertes *evitables* en la juventud sigue siendo elevado. A pesar de la reducción global de la mortalidad en todas las edades, las muertes por SIDA, accidentes, apuñalamientos y disparos con armas de fuego (incluidos los enfrentamientos con la policía) todavía representan un fuerte riesgo sobre todo para los jóvenes. A continuación ofrecemos algunas estadísticas de Estados Unidos y México (véase tabla 12-1).

- La principal causa de muerte entre los varones de 25 a 44 años es la infección del virus de inmunodeficiencia humana que ocasiona el SIDA.
- En los varones de raza negra, la segunda causa principal de muerte se da por homicidio y por balaceras con la policía. Estas muertes representan más del doble de la mortalidad de los hombres de 25 a 44 años.
- En general, ha venido disminuyendo el índice de fallecimientos accidentales (que antaño era la causa principal de muerte entre los jóvenes).

Enfermedad, discapacidad y limitaciones físicas Los índices de mortalidad son menores entre los jóvenes que en otros grupos de edad, pero en la juventud aparecen muchas de las enfermedades que ocasionan problemas más adelante (Scanlon, 1979). Tal vez los jóvenes no presenten síntomas, pero posiblemente se encuentren en su etapa inicial las enfermedades pulmonares, cardíacas y renales, lo mismo que la artritis y los problemas de las articulaciones y de los huesos, la arteriosclerosis y la cirrosis hepática. Entre los padecimientos y trastornos que provocan síntomas durante la juventud se encuentran la esclerosis múltiple y la artritis reumatoide, las enfermedades relacionadas con el estrés —como la hipertensión, las úlceras, la depresión— y algunas enfermedades de origen genético como la diabetes y la anemia drepanocítica.

Algunas veces los factores culturales producen enfermedad o hasta la muerte. Los jóvenes fallecen o sufren lesiones permanentes en épocas de guerra; y son

Tabla 12-1 Principales causas de muerte en México y en Estados Unidos en el año 2005 (en porcentaje)

Causa de muerte	México	Estados Unidos
Enfermedades del corazón	16.4	26.6
Diabetes mellitus	13.6	3.1
Tumores malignos	12.7	22.8
Accidentes	7.2	4.8
Enfermedades del hígado	6.1	1.1
Enfermedades cerebrovasculares	5.5	5.9
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	3.1	5.3
Influenza y neumonía	2.7	2.6

Fuente: INEGI (2006) para datos sobre México; Nacional Center for Health Statistics (2006) para datos sobre Estados Unidos.

víctimas de homicidio o del abuso de drogas en las zonas urbanas con índices elevados de criminalidad. En los últimos años, la epidemia del SIDA ha hecho estragos entre ellos, a veces por una infección del VIH contraída en la adolescencia (vea el capítulo 10). El desarrollo y el ajuste psicológicos resultan especialmente difíciles cuando el estado físico del joven contrarresta los cambios biológicos normales. En términos generales, cualquier deficiencia o enfermedad física tenderán a afectar las expectativas relacionadas tanto con la edad biológica como con la edad social (consúltese el recuadro “Estudio de la diversidad”, en la página 418).

Fertilidad

Durante la juventud, la reserva de óvulos mantiene una estabilidad relativa. Las mujeres nacen con un suministro de unos 400,000 óvulos para toda su vida, los cuales se liberan mensualmente poco después de la menarquia y dejan de hacerlo en la menopausia. Se trata de un proceso relativamente estable entre los 25 y 38 años de edad. Después de los 38 años se observa una disminución rápida en la cantidad y regularidad de los óvulos liberados. La reducción no significa que las mujeres de mayor edad no puedan embarazarse. Por el contrario, cada vez son más las mujeres que deciden tener familia entre los 35 y los 45 años, cuando su seguridad emocional y financiera es mayor y acaso hasta gocen de éxito profesional. Los procedimientos de diagnóstico prenatal, entre los que se cuentan la amniocentesis y el muestreo de vello coriónico (vea el capítulo 3) hacen menos riesgoso este tipo de embarazo.

Los varones producen espermatozoides continuamente a partir de la pubertad. La mayoría conserva su fertilidad hasta muy avanzada la edad adulta (Troll, 1985), aunque las emisiones seminales contienen cada vez menos espermatozoides viables. Sólo en la adolescencia y en los primeros años de la adultez los hombres y las mujeres se encuentran en su nivel más alto de fertilidad.

Sexo y sexualidad

Investigadores de la Universidad de Chicago efectuaron hace poco una encuesta aleatoria sobre los hábitos sexuales de casi 3,500 estadounidenses de 18 a 59 años de edad (Laumann y otros, 1994; Michael y otros, 1994). A continuación se mencionan algunos de los resultados, pero tenga presentes los problemas que entraña realizar encuestas sobre asuntos tan delicados como el sexo; por ejemplo, comunicar un número menor de conductas socialmente “indeseables” (vea el capítulo 1).

- Hay tres patrones básicos de las relaciones sexuales: una tercera parte de la población tiene relaciones sexuales al menos dos veces por semana, otra varias veces al mes y otra más unas cuantas veces al año o no las tiene en absoluto.
- La gran mayoría de los estadounidenses practica la monogamia. Más de ocho de cada 10 tienen un solo compañero sexual en un año (o ninguno). A lo largo de su vida, una mujer común tiene sólo dos compañeros, y un hombre seis compañeras.
- Los matrimonios constituyen el grupo que tiene más relaciones sexuales y mayores probabilidades de orgasmos durante el sexo. Sólo uno de cada cuatro solteros tiene actividad sexual dos veces a la semana, frecuencia que se da en dos de cada cinco matrimonios.
- Contra los estereotipos populares, se dan sólo variaciones pequeñas entre los grupos raciales y étnicos en lo que respecta a la frecuencia del sexo.

Los primeros investigadores observaron importantes cambios en la conducta sexual de los matrimonios estadounidenses durante las últimas décadas.

ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD

CÓMO ADAPTARSE A LA DISCAPACIDAD FÍSICA EN LA ADULTEZ TEMPRANA

Normalmente los jóvenes se encuentran en su nivel óptimo de desarrollo físico. Tienen fuerza, resistencia y energía como nunca en su vida. Gozan de buena salud y sufren pocas enfermedades. Si están en buenas condiciones físicas, disfrutan de la autoestima y de un sentido de eficacia y competencia que acompañan sus destrezas. ¿Pero qué decir de los jóvenes que sufren una discapacidad? ¿Cómo logran el ajuste psicológico, mientras los compañeros de su edad alcanzan niveles óptimos de desempeño?

Adaptarse a una discapacidad física es difícil en cualquier edad. No obstante, los últimos años de la adolescencia y los primeros de la adultez pueden constituir un periodo particularmente difícil (Wright, 1983). En esta etapa de la vida, casi siempre los individuos empiezan a establecer relaciones estrechas y a tomar las grandes decisiones, incluida la elección de una profesión. Los afectados por una discapacidad pueden sentirse abrumados por sus limitaciones durante este periodo orientado al futuro.

Hay por lo menos tres factores que influyen en la forma de adaptarse a una discapacidad (Wright, 1983). Primero, es importante conocerla bien, lo mismo que sus limitaciones. Toda discapacidad

se define por la interacción entre las habilidades de la persona y la tarea ambiental: si uno no sabe hablar japonés, estará en desventaja en un aula en la que se hable este idioma. El segundo aspecto de la adaptación consiste en enfrentar las actitudes y los valores de los demás y sus expectativas sociales. A menudo las personas físicamente discapacitadas son objeto de estereotipos y deben encarar fuertes prejuicios. Se les compadece o menosprecia; se les considera pasivos e incompetentes. Con frecuencia se hacen generalizaciones tajantes aplicables a cualquiera de estos individuos, sin importar la discapacidad en cuestión.

Por último, para adaptarse a una discapacidad física hay que superar una serie de esperanzas y temores, de frustraciones y sueños perdidos, de oportunidades perdidas, de culpa y enojo. Cuando alguien sufre repentinamente una discapacidad, quizás a causa de un accidente, al principio pasa por un periodo de crisis acompañado de dolor y duelo, lo mismo que de desconcierto e incredulidad. Habrá lapsos de ira y frustración cuando intente realizar actividades ordinarias que son fáciles y rutinarias para otros. Sentirá más enojo y frustración ante los obstáculos y dificultades innecesarios que le pone la sociedad.

En el proceso, algunos no se definen como discapacitados, sino como "personas con dificultades físicas" (Wright,

1983), actitud muy frecuente entre los atletas. El simple hecho de cambiar la definición y la terminología facilita a veces ver en el obstáculo físico un desafío por superar, quizá con ayuda de otros, y no una etiqueta o categoría que define al individuo. Pero, por desgracia, esa designación se ha convertido en un cliché y a menudo se emplea en bromas con un sentido peyorativo.

Los jóvenes con una discapacidad física se han convertido en el centro de esfuerzos tendientes a cambiar las actitudes sociales y las leyes que afectan a este sector de la población. En 1990 se aprobó en Estados Unidos la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (American With Disabilities Act, ADA), gracias a las acciones de los jóvenes con discapacidades y a personas y grupos interesados en el problema. Esta ley prohíbe discriminar a los discapacitados en el empleo, en sitios públicos, en el transporte y en las telecomunicaciones. Exige, entre otras cosas, que las compañías realicen los "ajustes necesarios" para atender las necesidades de los empleados discapacitados de modo que puedan desempeñar la labor para la que fueron preparados; si no es posible, deberá capacitárseles para que lleven a cabo un trabajo calificado similar. Y lo más importante: a nadie puede despedírsele exclusivamente por una discapacidad; la ley exige una política de inclusión, no de exclusión.

La duración media de las relaciones sexuales aumentó de manera notable, lo cual puede significar que los matrimonios logran mayor placer, relajamiento y reciprocidad (Hunt, 1974). Al parecer han cambiado sus actitudes y sus prioridades. Son más las parejas que buscan aumentar al máximo el placer durante el acto que tratar de alcanzar sólo el orgasmo con rapidez. También ha aumentado la flexibilidad, la relación sexual ahora comprende actos antes prohibidos como el hecho de que una mujer inicie el sexo, y abarca asimismo la masturbación y el sexo oral (Hunt, 1974; McCary, 1978).

Las tendencias en la conducta sexual del adulto han cambiado de manera considerable con el paso del tiempo. En 1937 y una vez más en 1959, apenas 22 por ciento de la población estadounidense aceptaba las relaciones sexuales premaritales en hombres y mujeres. En una encuesta efectuada en 1974 (Hunt, 1974), 75 por ciento de los varones aprobaba el sexo premarital en el hombre y más de 50 por ciento lo juzgaba aceptable en la mujer. No obstante, la aceptación de algunas conductas no ha aumentado de modo importante; entre éstas se cuentan el intercambio de compañeros, el sexo en grupo y el sexo fuera del matrimonio. La norma doble persistió hasta la década de 1970: 50 por ciento de los universitarios aprobaba el sexo premarital en la mujer, pero 75 por ciento seguía prefiriendo a la esposa virgen (McCary, 1978).

Aunque la sexualidad es sin duda más abierta y aceptada ahora que antes de la década de 1960, los estudiantes universitarios tuvieron menos relaciones sexuales durante la década de 1980 que durante las décadas de 1960 y 1970. Por ejemplo, en un estudio se señala que en 1978, 51 por ciento de las estudiantes de segundo año tenían relaciones sexuales por lo menos una vez al mes; pero el porcentaje había descendido a 37 por ciento en 1983 (Gerrard, 1987). La transición constante a una conducta sexual más conservadora entre las universitarias puede atribuirse casi con seguridad a un miedo mayor a las enfermedades de transmisión sexual. También puede deberse a una mayor seguridad de las jóvenes, quienes se sienten menos obligadas a tener sexo para “complacer” a sus novios. Suelen observar más sus sistemas personales de creencias y no los que les imponga la gente (Gerrard, 1987).

Respuesta sexual El patrón dominante de la intimidad sexual entre hombre y mujer en la década de 1990 parece ser una mayor comunicación y satisfacción mutua. Pese a ello, un resultado frecuente de los estudios dedicados a las conductas y a las actitudes sexuales es una notable diferencia en los patrones de satisfacción de varones y mujeres. En la década de 1970 (Hite, 1976; Hunt, 1974; McCary, 1978), las investigaciones indicaban que en algunas parejas el hombre alcanzaba normalmente la gratificación física, no así su compañera. Las mujeres se quejaban de que los hombres se apresuraban demasiado, eran rudos y no apreciaban la importancia erótica y romántica de una excitación lenta y delicada. Los hombres se quejaban de que las mujeres eran frías e insensibles. Por lo visto, la intimidad sexual no siempre es tan mutuamente satisfactoria como la presentan los medios de comunicación masiva.

Un estudio de la Universidad de Chicago señala lo contrario (Michael y otros, 1994; Laumann y otros, 1994). Como se advierte en la figura 12-2, grandes porcentajes de casados o de hombres y mujeres que cohabitan señalaron que el sexo con su compañero primario les procuraba extraordinario placer físico y emocional. Conviene señalar que, debido a que menos de 30 por ciento de las mujeres manifestó haber alcanzado siempre el orgasmo (lo cual coincide con las investigaciones anteriores), los autores llegaron a la siguiente conclusión: “A pesar de la fascinación por el orgasmo y de la idea común de que los orgasmos frecuentes son indispensables para una vida sexual feliz, no siempre se da una relación estrecha entre tener orgasmo y una vida sexual satisfactoria” (Michael y otros, 1994). Además, como cabe suponer, la frecuencia más elevada de actividad sexual corresponde a las personas de 20 a 30 años y de 30 a 40, independientemente del estado marital. En el capítulo 14 retomaremos el tema del cambio de la sexualidad con la edad.

Homosexualidad La homosexualidad —atracción sexual o erótica por personas del mismo sexo— muchas veces se manifiesta en la adolescencia o incluso



Los principales componentes de la intimidad sexual en hombres y mujeres son una mayor comunicación y satisfacción mutua.

Palabras relacionadas con una “buena relación sexual” en orden de importancia

Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Amor	Comunicación	Satisfacción	Abrazar
Caricias	Amor	Besos	Libertad
Responsabilidad	Besos	Tiempo	Entrega
Planeada	Caricias	Conocimiento	Olfato
Confianza	Afecto	Destacar	Respeto
Orgasmo	Placentera	Sedución	Cariño
Cariño	Confianza	Libertad	Deseo
Comunicación	Erótico		

Figura 12-2

En un estudio realizado en México con hombres y mujeres de 19 a 53 años, los autores reportaron una lista de las 15 palabras que los participantes relacionaron con una “buena relación sexual”, según el género.

Fuente Alvarez-Gayou, J. J., Honold, E. J., y Millán A. P. (2005). ¿Qué hace buena una relación sexual? Percepción de un grupo de mujeres y hombres mexicanos y diseño de una escala autoaplicable para la evaluación de la satisfacción sexual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, vol IX, No. 1, 91-110.



Tanto para jóvenes homosexuales como heterosexuales, en la actualidad es causa de preocupación e interés el hecho de tener más de un compañero sexual.

antes, como comentamos en el capítulo 10. En esta sección examinaremos con mayor detenimiento lo que es la homosexualidad y cómo incide en los estilos de vida del adulto, haciendo hincapié en dos puntos importantes: la homosexualidad no es un trastorno y tampoco predice problemas de ajuste más serios de los que ocurren en la población general —salvo en la medida en que los homofóbicos les hagan la vida difícil a estas personas.

El término *homosexual* se aplica a hombres y mujeres orientados a su sexo, lo mismo que la palabra *gay*. Sin embargo, los hombres a menudo se llaman a sí mismos *gays* y las mujeres, *lesbianas*. Aunque los homosexuales a veces se sienten atraídos exclusivamente por individuos de su sexo, suelen tener tendencias homosexuales y heterosexuales en diversos grados (al margen de que las manifiesten o no). Por tanto, quizá sea preferible concebir la homosexualidad y la heterosexualidad como extremos opuestos de un continuo más que como una dicotomía. En un punto intermedio se hallan los *bisexuales*, individuos que sienten atracción y tienen relaciones sexuales con personas de ambos sexos, aunque sientan cierta preferencia por uno solo.

Es difícil valorar el índice de homosexualidad ya que muchos homosexuales se muestran renuentes a admitir su preferencia sexual. En 1948, el Informe Kinsey estimó que uno de cada 10 estadounidenses era homosexual y que, por lo menos una vez en su vida, una tercera parte de los varones y una octava de las mujeres habían tenido este tipo de experiencias al grado de llegar al orgasmo (McCary, 1978). En cambio, en la encuesta que realizó en 1994 la Universidad de Chicago y que ya mencionamos se descubrió que apenas 2.8 por ciento de los hombres y 1.4 por ciento de las mujeres se consideraban homosexuales o bisexuales (Dunlap, 1994; Laumann y otros, 1994). De acuerdo con los investigadores, el índice de homosexualidad varía mucho según el lugar (zonas urbanas o rurales) y la escolaridad (vea la figura 12-3). En comparación con 10.2 por ciento de los hombres que viven en las 12 ciudades más grandes de Estados Unidos y que dijeron haber tenido relaciones homosexuales en el año anterior, apenas 1 por ciento de los que habitan en zonas rurales mencionó experiencias similares. Asimismo, 3.5 por ciento de los graduados universitarios comunicó una experiencia homosexual reciente; en cambio, sólo lo hizo 1.4 por ciento de los graduados del nivel medio superior. Sin embargo, estas cifras pueden reflejar que en las grandes ciudades se tolera más a los homosexuales y que una mayor seguridad económica y psicológica acompaña a los grados universitarios. Sin esta seguridad, muchos homosexuales no estarían dispuestos a confesar su identidad sexual o ni siquiera a mencionarla en una encuesta.

Figura 12-3

Diferencias en la población de homosexuales.

Fuente: www.avert.org

Respuesta de los hombres	(%) 1990	(%) 2000
¿Ha tenido alguna experiencia sexual con una persona de su mismo sexo, que no necesariamente haya incluido contacto genital	5.3	8.4
¿Ha tenido relaciones sexuales con una persona de su mismo sexo, que haya incluido contacto genital?	3.7	6.3
¿Ha tenido una pareja de su mismo sexo en los últimos cinco años?	1.4	2.6
Respuesta de las mujeres	(%) 1990	(%) 2000
¿Ha tenido alguna experiencia sexual con una persona de su mismo sexo, que no necesariamente haya incluido contacto genital	2.8	9.7
¿Ha tenido relaciones sexuales con una persona de su mismo sexo, que haya incluido contacto genital?	1.9	5.7
¿Ha tenido una pareja de su mismo sexo en los últimos cinco años?	0.6	2.6

Un estudio clásico (Bell y Weinberg, 1978) sobre homosexuales en el área de San Francisco antes de la aparición del SIDA generó abundante información sobre su estilo de vida. La conclusión principal del estudio, en el que se aplicaron técnicas adecuadas de muestreo y de entrevista, fue que hay tanta diversidad de actitudes y conductas entre los homosexuales como entre los heterosexuales. No obstante, la mayoría de los entrevistados ocultaba su homosexualidad ante amigos y conocidos. También se descubrió que los homosexuales tendían a ser más promiscuos que las lesbianas; éstas, por su parte, solían establecer vínculos emocionales firmes y tener menos compañeras.

Muchos homosexuales y lesbianas conviven en relaciones estables. Casi 40 por ciento de los hombres y más de 60 por ciento de las mujeres tienen relaciones monógamas con parejas del mismo sexo (Bell y Weinberg, 1978). Más de la mitad de los homosexuales mantiene una “relación abierta” en la que no se exige la monogamia. Pero la mayoría de las lesbianas se encuentran en “parejas cerradas” en las que sí se espera la monogamia. Esto pone de manifiesto una diferencia importante entre las parejas heterosexuales y las homosexuales. Los hombres homosexuales son más propensos que los heterosexuales a sostener por lo menos un amorío fuera de su relación estable. Una investigación reveló que, durante los dos primeros años de la relación, 66 por ciento de los homosexuales y sólo 15 por ciento de los heterosexuales no eran fieles (Blumstein y Schwartz, 1983). Por el contrario, las lesbianas eran tan monógamas como las heterosexuales. Sólo 15 por ciento de las lesbianas y 13 por ciento de las heterosexuales habían tenido relaciones sexuales con otras personas durante los dos primeros años de la relación (Blumstein y Schwartz, 1983).

Enfermedades de transmisión sexual y cambio social Como ya señalamos, el SIDA es la causa principal de muerte en hombres de 25 a 44 años. Pese a ello, la respuesta a esta enfermedad no siempre ha sido constructiva. En un principio, muchos heterosexuales ignoraron el peligro en virtud de que al parecer afectaba sólo a los homosexuales (tienen más probabilidades de ruptura de tejidos y contacto sanguíneo durante el sexo anal) y a los que se inyectaban drogas por vía intravenosa (por compartir el uso de jeringas). También la comunidad gay opuso resistencia y se negó a reconocer los riesgos. Consideró que las primeras advertencias sobre la propagación del virus de inmunodeficiencia humana a través del sexo sin protección eran mensajes homofóbicos que violaban sus derechos.

Sin embargo, en 1984 la población empezó a tomar en serio la epidemia. Se propagó por Estados Unidos y por la mayor parte de las naciones europeas, luego de diezmar las poblaciones heterosexuales formadas por jóvenes en muchos países africanos. No sólo atacó a los homosexuales y a quienes se inyectaban drogas por vía intravenosa, sino también a los hemofílicos (por transfusiones de sangre contaminada), a los compañeros sexuales de los bisexuales o de los adictos, y a los recién nacidos de madres portadoras del virus. Más aún, se estimaba que quizá se había infectado 10 por ciento de la comunidad gay de San Francisco y el doble de la de Nueva York. Estos hechos, aunados a la dificultad para detectar el VIH por el largo periodo de incubación entre la infección del virus y la aparición de los síntomas, obligaron a tomar medidas más serias. Se dio mayor impulso a la investigación médica, y la comunidad gay empezó a instruir a sus miembros y a promover prácticas sexuales más seguras.

Con todo, el cambio social no se produjo con facilidad. Muchos seropositivos siguieron infectando a otros y no se sometían a las pruebas de detección. A finales de la década de 1980, la comunidad heterosexual estaba mucho más rezagada que la comunidad gay en la respuesta a la enfermedad, a pesar de que para entonces ya se transmitía principalmente a través de la actividad heterosexual. Los casos esporádicos de pánico y discriminación contra de enfermos

Tabla 12-2 Principales enfermedades de transmisión sexual, además del SIDA

Tracoma por clamidia. Principal causa de infecciones de las vías urinarias en el hombre, también causante de cerca de la mitad de los casos registrados de infección testicular. En la mujer, la clamidia puede ocasionar inflamación del cuello uterino y de las trompas de Falopio. Aunque la infección se cura con facilidad con antibióticos, si no se administra el tratamiento puede sobrevenir un daño permanente, incluida infertilidad. Cada año se registran aproximadamente entre tres y cuatro millones de casos de clamidia.

Uretritis no gonocócica. Inflamación de las vías urinarias transmitidas por contacto sexual que cada año afecta a 2.5 millones de estadounidenses. Puede ser provocada por diversos organismos.

Gonorrea. Esta enfermedad puede causar esterilidad y otros problemas crónicos si no se trata o si se trata ya en una etapa avanzada. Cerca de un millón de estadounidenses se infecta anualmente con ella.

Sífilis. Si no se trata, puede causar serios problemas de salud, como esterilidad e incluso la muerte. Las embarazadas con sífilis no tratada pueden infectar al feto.

Herpes. Grupo de virus que incluye al herpes simple, los tipos I y II; afecta aproximadamente a 500,000 estadounidenses cada año. Aunque no hay cura, se cuenta con tratamientos que atenúan la gravedad de sus brotes. En la actualidad, unos 20 millones de estadounidenses sufren este padecimiento.

Fuente: DeVilliers y DeVilliers (1979).

de SIDA, los que podrían sufrir la enfermedad o los que podrían contraerla por su estilo de vida recibían más cobertura en la prensa que la información necesaria para reducir su propagación.

En la segunda mitad de la década de 1980 y en la de 1990, siguió modificándose la conducta de homosexuales y heterosexuales. En la actualidad, la mayoría de los jóvenes señalan que obran con mayor cautela en sus actividades sexuales. En el estudio de la Universidad de Chicago, 76 por ciento de los que tuvieron cinco o más compañeros sexuales en el año anterior dijeron que habían disminuido su actividad sexual, que se sometían a exámenes periódicos de detección del SIDA o que siempre utilizaban condón (Laumann y otros, 1994). También se ha reducido la prostitución sin preservativos. Algunos analistas han sugerido incluso que ya terminó la revolución sexual y que la sociedad estadounidense ha iniciado un nuevo periodo de moderación semejante al de la década de 1950.

Otras enfermedades de origen sexual Además del SIDA, cada año más de 20 microorganismos causan enfermedades que afectan a millones de adolescentes y adultos sexualmente activos (Stevens-Long y Commons, 1992). Como se aprecia en la tabla 12-2, entre los efectos se encuentran las infecciones de vías urinarias, la gonorrea, la sífilis y el herpes.

REPASE Y APLIQUE

1. Describa los niveles característicos de fuerza y resistencia en los individuos sanos durante la juventud.
2. ¿Cuáles son las principales causas evitables de muerte que afectan a los jóvenes?
3. Explique el continuo de heterosexualidad-homosexualidad.
4. ¿Cómo han cambiado los patrones sexuales de su sociedad a raíz del aumento de las enfermedades de transmisión sexual?

Continuidad y cambios cognoscitivos

Al mismo tiempo que el cuerpo empieza a alcanzar su nivel óptimo de funcionamiento, lo mismo ocurre con la actividad cognoscitiva. Pero aunque las etapas del desarrollo cognoscitivo son relativamente claras en la niñez y la adolescencia, no sucede lo mismo durante la adultez. Los teóricos no coinciden en si el concepto de etapas se aplica a este periodo. Por tanto, ante la ausencia de una teoría aceptada en forma unánime, el análisis del desarrollo cognoscitivo exige evaluar las diversas aproximaciones teóricas que estudian algunos aspectos específicos de la evolución del funcionamiento intelectual del adulto.



Durante la juventud, las habilidades cognoscitivas que se practican con frecuencia se conservan mejor que a las que se recurre pocas veces.

¿Crecimiento o deterioro cognoscitivo?

Una consecuencia evidente del aprendizaje, la memoria, la solución de problemas y otros procesos cognoscitivos que utilizamos con el paso de los años es que acumulamos una base más extensa de datos; conocemos mejor nuestra personalidad, así como el mundo físico y social que nos rodea. Pero los cambios se dan en lo que llamamos inteligencia, capacidad cognoscitiva o competencia intelectual. ¿Continúa el desarrollo cognoscitivo después de la adolescencia?

Las pruebas no son claras, en especial respecto del tiempo. Los primeros teóricos e investigadores sostuvieron que las capacidades intelectuales alcanzan su nivel más elevado al finalizar la adolescencia o entre los 20 y los 25 años; pero ahora sabemos que esta conclusión se fundaba en una interpretación errónea de los pocos datos de que se disponía entonces. Así, en un estudio efectuado durante la Primera Guerra Mundial, todos los reclutas presentaban una prueba colectiva de inteligencia llamada prueba alfa (Army Alpha Test). En promedio los más jóvenes, de 15 y 25 años, lograban calificaciones más elevadas que los mayores. Otras investigaciones efectuadas en las décadas de 1930 y 1940 arrojaron resultados parecidos: las personas mayores recibían calificaciones más bajas que los jóvenes. ¿Qué fallas tenía esta investigación? El problema comenzó con la prueba alfa misma, que era una prueba “rápida” de papel y lápiz diseñada para evaluar a grandes cantidades de reclutas con la mayor eficiencia, pero no necesariamente con la mayor precisión posible; además, concedía más importancia a las habilidades verbales que a las de razonamiento. En términos generales, se medían las diferencias entre las cohortes de edad y no las diferencias de desarrollo, pues se utilizaba un diseño transversal (vea el capítulo 1). En otras palabras, los adultos mayores tenían contextos históricos diferentes (en especial, menor escolaridad) que los hacían recibir calificaciones en promedio más bajas, independientemente de lo inteligentes que fueran en realidad.

A finales de 1940 se obtuvo un panorama muy distinto, cuando los investigadores empezaron a aplicar mejores pruebas de inteligencia y diseños longitudinales. Los sujetos mejoraban su desempeño en las pruebas entre los 20 y los 30 años y luego se estabilizaban a los 45 años (Whitbourne, 1986). Los estudios longitudinales indican, asimismo, que los resultados obtenidos en la adultez suelen aumentar si hay una educación continua (Schaie, 1983), lo cual es natural si recordamos que las pruebas de inteligencia miden fundamentalmente las habilidades y conocimientos académicos.

¿Qué habilidades cognoscitivas mejoran en la juventud? Algunas alcanzan su nivel máximo en los últimos años de la adolescencia y entre los 20 y 25 años: desempeño relacionado con la rapidez, la memoria mecánica, la manipulación de matrices y de otros patrones. Esta tendencia puede tener un origen biológico o deberse a que muchos jóvenes que son estudiantes de tiempo completo las practican, las perfeccionan y utilizan a diario. Adviértase además que algunas disciplinas se asocian con ciertas habilidades de razonamiento. Por ejemplo,

los que estudian psicología suelen desarrollar el razonamiento probabilístico, pues emplean con frecuencia procedimientos estadísticos; en cambio, los que estudian humanidades adquieren habilidades de análisis y exposición escrita. En todos los casos, las personas de 30, de 40, de 50 o más años de edad tienen un mejor desempeño en determinadas habilidades cognoscitivas; por ejemplo, la forma de razonar y de procesar información (Willis, 1990).

Por lo demás, las habilidades que se ejercitan con frecuencia se conservan mejor. Así, los arquitectos mantienen más tiempo sus habilidades visuales-espaciales en niveles más altos que el promedio (Salthouse y otros, 1990; Salthouse y Mitchell, 1990). A lo largo del ciclo vital, continúan desarrollándose normalmente otras habilidades cognoscitivas como el juicio y el razonamiento. Con todo, todavía no sabemos cuáles cambian y en qué forma. Estas cuestiones las retomaremos en los capítulos 14 y 16.

“Etapas” del pensamiento en el periodo universitario

¿Hay etapas del desarrollo cognoscitivo después de la adolescencia y del dominio del pensamiento operacional formal? ¿Hay diferencias cualitativas entre cómo concibe el mundo un adulto y la forma en que lo hace un adolescente? En 1970, William Perry realizó un estudio clásico que arroja luz sobre estas preguntas: se concentró en el cambio de los procesos de pensamiento de 140 estudiantes de Harvard y de Radcliffe durante los cuatro años dedicados a la universidad. Al final de cada año lectivo les planteaba preguntas acerca de cómo vivían sus experiencias académicas: cómo las interpretaban y qué significaban para ellos. Era de especial interés la manera en que conciliaban los diversos puntos de vista y marcos de referencia tan contradictorios que encontraban en sus estudios.

Los resultados aportaron pruebas que sustentan la existencia de etapas del desarrollo cognoscitivo. Al principio, los estudiantes interpretaban el mundo y sus experiencias educativas en términos autoritarios y dualistas. Buscaban la verdad y el conocimiento absolutos. El mundo podía dividirse en bueno y malo, en lo correcto e incorrecto. Los profesores tenían la obligación de enseñarles y ellos aprenderían trabajando de manera ardua.

Sin embargo, enfrentaron inevitablemente diferencias de opinión, incertidumbre y confusión. Quizá los profesores exponían la materia en formas que estimulaban a los estudiantes a resolver las cosas por sí mismos. O quizá los profesores no conocían todas las respuestas. Poco a poco, ante los puntos de vista contradictorios, los estudiantes comenzaban a aceptar y hasta respetar la diversidad de opiniones. Empezaban a adoptar la idea de que la gente tiene derecho a opinar de manera distinta y comenzaron a comprender que podemos ver las cosas de forma diferente según el contexto. A esta perspectiva *relativista* terminaba sustituyéndola una etapa en la que hacían compromisos y afirmaciones personales sobre determinados valores y puntos de vista, aunque en un principio lo hacían en forma exploratoria y tentativa.

En suma, los estudiantes pasaban de un dualismo radical (por ejemplo, verdad contra falsedad) a la tolerancia de muchos puntos de vista antagónicos (relativismo conceptual) y a ideas y convicciones escogidas con libertad. Para Perry este aspecto del desarrollo intelectual caracteriza a los jóvenes.

Más allá de las operaciones formales Otros teóricos han profundizado en los tipos de pensamiento que caracterizan a los jóvenes. Klaus Riegel (1975, 1984) destaca la comprensión de las contradicciones como una conquista importante de esta etapa y propone una quinta etapa que llama **pensamiento dialéctico**. En ésta, el individuo examina y reflexiona; después, trata de integrar ideas y observaciones contrarias o antagónicas. Un aspecto muy importante del pensamiento dialéctico es la integración de lo ideal y lo real. De acuerdo con Riegel, es lo que constituye el punto fuerte de la mente adulta. En relación

con los paradigmas contextuales Riegel señala, asimismo, que el proceso es permanente y dinámico, nunca estático.

Los trabajos de Perry y Riegel se basaron principalmente en jóvenes durante su formación universitaria, por lo que cabe la posibilidad de que los cambios que observaron se relacionaran más con esas experiencias que con las experiencias más generales de los jóvenes. Gisela Labouvie-Vief (1984) señala, por su parte, que la madurez cognoscitiva del adulto se caracteriza por el “compromiso y la responsabilidad”. En su opinión, el curso del desarrollo cognoscitivo debe incluir la evolución de la lógica, como la describe Piaget, y la evolución de la autorregulación desde la niñez hasta la vida adulta. La investigadora reconoce la posibilidad de que la lógica llegue a su etapa final en la adolescencia cuando se consolida el pensamiento operacional formal. Pero, igual que Perry y Riegel, afirma que si el individuo quiere escapar del pensamiento dualista necesita tener contacto con problemas sociales complejos, con diversos puntos de vista y con los aspectos comunes de la vida en el mundo real. Describe además un proceso evolutivo un poco más largo, en el cual los adultos se vuelven verdaderamente autónomos y aprenden a vivir con las contradicciones y ambigüedades de su experiencia. Su madurez cognoscitiva se caracteriza por la adquisición de habilidades para tomar decisiones de manera independiente (Labouvie-Vief, 1987).

Flexibilidad de la inteligencia

No todos los investigadores consideran que haya una quinta etapa del desarrollo cognoscitivo. Algunos se concentran en la forma en que el adulto emplea la inteligencia para atender las exigencias de la vida y en cómo evoluciona el funcionamiento cognoscitivo ante las nuevas experiencias que nos obligan a modificar nuestros “sistemas de significado”. Examinemos con mayor detenimiento ambas aproximaciones.

Etapas del pensamiento adulto propuestas por Schaie Warner Schaie (1986) considera que el rasgo distintivo del pensamiento de los adultos es la flexibilidad con que emplean sus capacidades cognoscitivas. Propone que durante la niñez y la adolescencia aprendemos estructuras cada vez más complejas para entender el mundo. Las poderosas herramientas del pensamiento operacional



En el periodo de adquisición, los jóvenes se sirven de sus habilidades intelectuales para escoger un estilo de vida y ejercer una carrera.

formal son el logro central de lo que llama periodo de *adquisición*. En la juventud aplicamos las capacidades intelectuales para cursar una carrera y escoger un estilo de vida; Schaie llama a esta etapa periodo de *realización*. Aplicamos nuestras capacidades intelectuales, de resolución de problemas y de toma de decisiones para lograr las metas y un plan de vida —aspectos de la cognición que no aparecen en las pruebas de inteligencia.

Los individuos que efectúan con éxito la planeación alcanzan cierto grado de independencia y pasan a la siguiente fase en la aplicación de las habilidades cognoscitivas, periodo que supone la *responsabilidad social*. Según Schaie, en la madurez nos valemos de las habilidades cognoscitivas para resolver los problemas ajenos en la familia, en la comunidad y en el trabajo. Para algunos, esas responsabilidades pueden ser en extremo complejas, pues es necesario conocer las organizaciones y los niveles de conocimiento. Tales personas ejercitan sus habilidades cognoscitivas en funciones *ejecutivas*, además de asumir sus responsabilidades sociales. Por último, la naturaleza de la resolución de problemas vuelve a cambiar en los años siguientes. La función principal consiste en *reintegrar* los elementos experimentados en años anteriores: interpretar la vida como un todo y analizar las preguntas relacionadas con los propósitos. Así, pues, para Schaie el centro del desarrollo cognoscitivo en la adultez no es una mayor capacidad ni un cambio de las estructuras cognoscitivas, sino más bien el uso flexible de la inteligencia en diversas etapas del ciclo vital (vea la figura 12-4).

Sistemas de significado Algunos teóricos conciben la adultez como un periodo de cambio y crecimiento continuo. Un líder de esta área es Robert Kegan (1982), quien recurre a varias teorías del desarrollo para proponer una teoría integral del yo cognoscitivo en desarrollo. En gran parte de sus teorías se refleja la influencia de la obra de Jane Loevinger (1976), quien trató de describir cómo se forjan los individuos una idea congruente de sí mismos y si estos autoconceptos podrían desarrollarse en una secuencia de etapas previsibles. Loevinger combinó la teoría psicoanalítica y los aspectos de la teoría del desarrollo moral de Kohlberg con los resultados de algunas investigaciones para crear un nuevo modelo del desarrollo de la personalidad. También creó una serie de pruebas para determinar si el modelo corresponde o no a la experiencia real.

Como Loevinger, Kegan recalca la importancia del significado. El individuo en desarrollo diferencia sin cesar el yo y el mundo, al mismo tiempo que integra al yo a un mundo más amplio. Kegan es, asimismo, uno de los pocos teóricos que ha analizado las tendencias masculinas y femeninas del desarrollo. Sus etapas del desarrollo se resumen en la tabla 12-3.

Figura 12-4

Etapas del desarrollo cognoscitivo del adulto
propuestas por Schaie

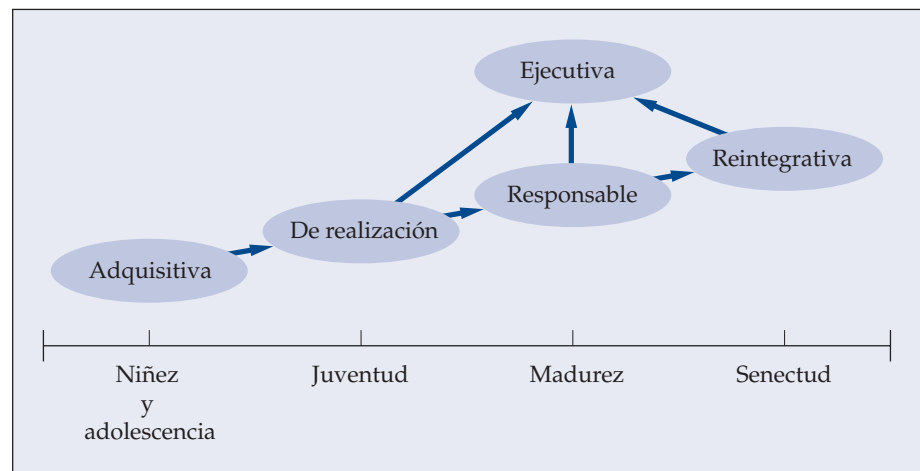


Tabla 12-3 Etapas del desarrollo de la personalidad propuestas por Kegan

Etapas	Conducta representativa
0. Incorporativa (infancia)	No hay separación del yo y los otros.
1. Impulsiva (de los dos a los siete años)	Conducta impulsiva, egocéntrica (semejante a la etapa impulsiva de Loevinger).
2. Imperial (de los siete a los 12 años)	Lucha por la independencia, se esfuerza por el logro y por formarse habilidades.
3. Interpersonal (de los 13 a los 19 años)	Reestructuración de las relaciones; algunas diferencias sexuales notables.
4. Instituciones (juventud)	Reintegración de la interconexión del yo en evolución.
5. Interindividual (adultez)	

Fuente: adaptado de R. Kegan (1982). *The Evolving Self: Problem and Process in Human Development* (Cambridge, MA: Harvard University Press).

Kegan señala, en particular, que ya bien entrada la adultez seguimos desarrollando **sistemas de significado**. Tales sistemas adoptan muchas formas: religiosas, políticas, culturales y personales. De continuo y gracias a la experiencia, elaboramos sistemas de creencias y de valores que a su vez moldean nuestras experiencias, organizan nuestras ideas y sentimientos y dirigen nuestro comportamiento.

La teoría de Kegan es demasiado compleja para explicarla aquí, pero a continuación mencionamos los aspectos básicos. Kegan se basa en la tradición y en las teorías del desarrollo cognoscitivo propuestas por Piaget, y define varios niveles o etapas de “creación de significado” que dan lugar a sistemas semánticos. Al avanzar por la adultez, los sistemas de cada individuo se vuelven más idiosincrásicos y, sin embargo, tienen algunos aspectos comunes con los sistemas semánticos de otras personas que se encuentran en el mismo nivel de desarrollo. En cada etapa lo viejo se incorpora a lo nuevo, del mismo modo que el conocimiento concreto que el niño tiene del mundo se transforma en los datos iniciales del pensamiento operacional formal. Para teóricos como Kegan, casi todos los individuos continúan estructurando y reestructurando su conocimiento sistemático de ellos mismos y del mundo incluso después de los 30 años —idea bastante optimista del desarrollo del adulto.

REPASE Y APLIQUE

1. Resuma los hallazgos del estudio que Perry dedicó al desarrollo intelectual en la juventud.
2. Explique por qué Riegel llama al pensamiento dialéctico la “quinta etapa del desarrollo cognoscitivo”.
3. ¿Por qué algunos teóricos consideran al pensamiento flexible como el rasgo distintivo de la cognición del adulto?

Estadios y tareas del desarrollo del adulto

Algunos investigadores han examinado la interacción de la competencia intelectual del adulto, sus necesidades personales y las expectativas sociales para

sistemas de significado Sistemas de creencias que moldean nuestras experiencias, organizan nuestros pensamientos y sentimientos y determinan nuestra conducta.

definir las etapas o periodos de su desarrollo. A menudo la información en que se fundan sus teorías que provienen de entrevistas exhaustivas a determinadas cohortes de edad. Surgen así periodos del desarrollo, basados en conflictos o “crisis” por las que se supone que todos pasamos. Así, las teorías ofrecen descripciones reveladoras de los problemas e intereses del adulto, pero aún no sabemos hasta qué punto se aplican en esta etapa del desarrollo. Los “hitos” sobre todo deben considerarse como provisionales.

Adviértase, además, que las teorías o marcos de referencia que vamos a exponer van más allá de la juventud, como veremos en capítulos posteriores.

Tareas del desarrollo propuestas por Havighurst

Robert Havighurst (1953) describió el desarrollo a lo largo de la vida en términos muy pragmáticos. Para él, la adultez es una serie de periodos en que hay que cumplir determinadas tareas (se resumen en la tabla 12-4). En cierto modo,

Tabla 12-4 Tareas del desarrollo propuestas por Havighurst

Tareas de la juventud
1. Elegir pareja
2. Aprender a vivir con el cónyuge
3. Formar una familia
4. Criar hijos
5. Administrar el hogar
6. Comenzar a trabajar
7. Asumir las responsabilidades cívicas
8. Encontrar un grupo social afín
Tareas de la madurez
1. Asumir las responsabilidades cívica y social del adulto
2. Establecer y mantener un nivel de vida
3. Realizar actividades recreativas propias del adulto
4. Ayudar a los hijos adolescentes a ser adultos responsables y felices
5. Relacionarse como persona con el cónyuge
6. Aceptar los cambios fisiológicos de la madurez y adaptarse a ellos
7. Adaptarse a los padres que envejecen
Tareas de la vejez
1. Adaptarse al deterioro de la salud y de la fuerza física
2. Adaptarse a la jubilación y a la disminución del ingreso
3. Adaptarse a la muerte del cónyuge
4. Establecer una afiliación explícita con el grupo de edad
5. Cumplir las obligaciones sociales y cívicas
6. Establecer rutinas satisfactorias de vida

Fuente: *Human Development and Education* de Robert J. Havighurst. Copyright ©1953 por Longman, Inc. Reimpreso con autorización de Longman, Inc., Nueva York.

estas tareas crean el contexto general en el que tiene lugar el desarrollo, son exigencias que moldean el uso de la inteligencia. En la juventud, se refieren fundamentalmente a formar una familia y cimentar una carrera. En la madurez, se concentran en conservar lo que se logró antes y en ajustarse a los cambios físicos, lo mismo que a los cambios familiares. En años subsecuentes, todavía habrá más ajustes que hacer como veremos en el capítulo 17.

¿Se aplican estos conceptos al desarrollo del adulto en la década de 1990? Sí, pero no a todos. Para muchos, las tareas del desarrollo en la madurez consisten en adoptar un estilo de vida o formar una familia y criar a los niños, aprender a vivir con un nuevo compañero o compañera después de un divorcio y emprender una nueva ocupación o prepararse para la jubilación debido, en algunos casos, a una “reestructuración” de la empresa. A pesar de que la vida de la mayoría de la gente se ajusta a los tiempos que marcan las tareas del desarrollo propuestas por Havighurst, en la actualidad hay más excepciones que nunca antes. De nuevo comprobamos que, en gran medida, el camino que sigue una persona depende de su ambiente cultural.



Los jóvenes exitosos suelen ser personas prácticas y organizadas, con una personalidad bien integrada.

Tareas del desarrollo propuestas por Erikson

Muchos teóricos recurren a la teoría de las etapas psicosociales de Erikson cuando definen las tareas centrales del desarrollo en la adultez. En el capítulo 1 vimos que la teoría de Erikson propone ocho etapas (o crisis) psicosociales y que cada una se basa en la anterior. El desarrollo del adulto está subordinado a la forma en que haya resuelto los problemas de los periodos anteriores: dilemas de confianza y autonomía, de iniciativa y laboriosidad. Durante la adolescencia, los problemas fundamentales por resolver eran la consecución de la identidad frente a la confusión. Se trata de dilemas que persisten y que dan sentido de continuidad a las experiencias del adulto (Erikson, 1959). Los individuos definen y redefinen su personalidad, sus prioridades y su lugar en el mundo.

La crisis de *intimidad frente al aislamiento* es el otro aspecto que caracteriza la adultez temprana. La intimidad consiste en establecer una relación estrecha, mutuamente satisfactoria, con otra persona. Representa la unión de dos identidades, sin que ninguno de los dos pierda sus cualidades propias. En cambio, el aislamiento es la incapacidad o intento vano de lograr la reciprocidad, algunas veces porque la identidad es demasiado débil para arriesgar una unión cercana con otro (Erikson, 1963).

El planteamiento de Erikson es esencialmente una teoría de etapas, pero la aplica con mucha mayor flexibilidad (Erikson y Erikson, 1981). A semejanza de la teoría de Havighurst, puede considerarse normativa. Los problemas de identidad y de intimidad se presentan durante toda la vida. Los sucesos importantes, como una muerte en la familia, pueden ocasionar crisis simultáneas de identidad e intimidad, mientras la persona lucha con la pérdida y trata de redefinirse sin la presencia de un compañero íntimo. Mudarse a una ciudad, comenzar a trabajar en un nuevo empleo y regresar a la universidad son grandes cambios que exigen ajuste psicosocial. Por tanto, la teoría de Erikson ofrece directrices para resolver cuestiones que pueden presentarse una y otra vez en la vida. Por ejemplo, una persona que se traslada a otra región del país, tal vez deba “volver a andar el camino” para recuperar la confianza, alcanzar la autonomía y redescubrir la competencia y la laboriosidad, antes de poder sentirse adulto de nuevo.

Por tanto, para muchos pensadores contemporáneos los procesos de intimidad e identidad son esenciales para entender el desarrollo del adulto (Whitbourne, 1986b). No obstante, es interesante que la obtención de la intimidad y la identidad tal vez sea exclusiva de la cultura occidental. Para los graduados asiáticos que llegan a Estados Unidos, la identidad independiente y una mayor intimidad en su matrimonio pueden ser conceptos muy poco conocidos.

Estadios en la vida del varón propuestos por Levinson

Daniel Levinson (1978, 1986) efectuó un estudio exhaustivo sobre el desarrollo del adulto; los participantes fueron 40 varones de 35 a 45 años de edad, elegidos de varios grupos raciales, étnicos y profesionales. Durante unos cuantos meses se realizaron entrevistas en que los participantes hacían un análisis introspectivo de sus sentimientos, actitudes y experiencias. Junto con las biografías reconstruidas de estos participantes, Levinson y sus colegas estudiaron las biografías de grandes personajes, como Dante Alighieri y Gandhi, en busca de indicios relacionados con los patrones del crecimiento adulto. No obstante, no recurrieron ni a escalas ni a pruebas objetivas. En términos generales, el método de Levinson no es distinto del de Freud (vea el capítulo 1) y esto debe tenerse presente al estudiar su teoría.

Los investigadores identificaron tres periodos principales en el ciclo de vida del varón adulto, cada uno con una duración aproximada de 15 a 20 años (vea la figura 12-5). En cada periodo el individuo elabora lo que Levinson llama una **estructura vital**, la cual constituye el patrón en que se basa su vida. Sirve como límite entre los mundos interno y externo, y como el medio que nos permite enfrentar al mundo externo. La estructura vital se compone sobre todo de las relaciones sociales y ambientales que, entre otras cosas, incluyen lo que el individuo obtiene de las relaciones y lo que debe aportar a éstas. Las relaciones pueden

estructura vital Patrón global en que se basa la vida de una persona.

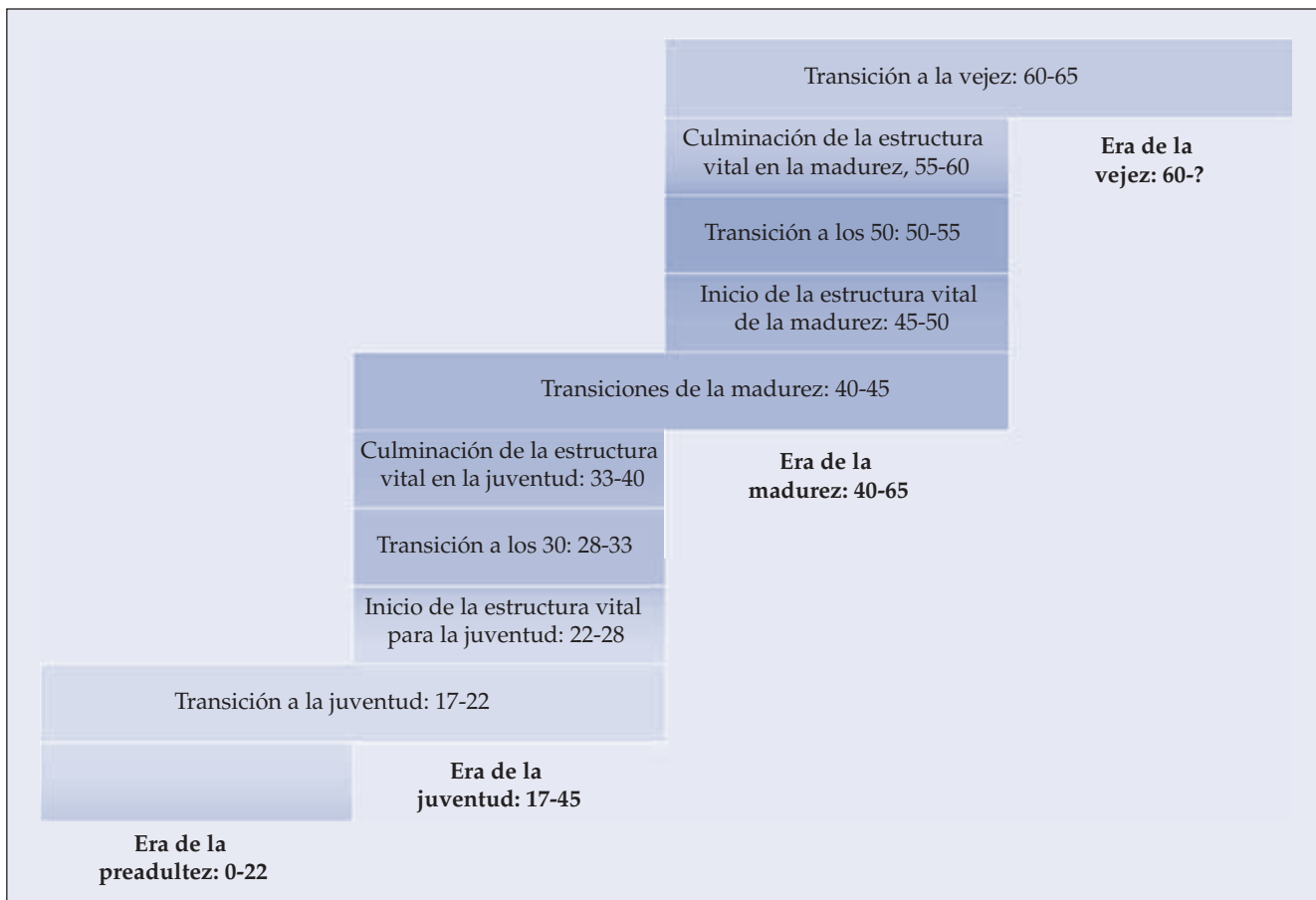


Figura 12-5

Etapas de la vida de un varón propuestas por Levinson

ser con individuos, grupos, sistemas e, incluso, con objetos. Las relaciones en el trabajo y dentro de la familia son esenciales para la mayoría de los hombres, quienes a ciertas edades comienzan a poner en tela de juicio la estructura actual. Después, crean una nueva estructura que es compatible con sus necesidades actuales, que predomina hasta que el individuo la “supera” y reinicia el proceso.

Aunque a Levinson le interesaba principalmente la década de la madurez media, entre los 35 y los 45 años, descubrió que la maduración y el ajuste dependen sobre todo del crecimiento en una etapa de *noviciado* que abarca de los 17 a los 33 años (no marcados en la figura). Es el periodo en que los jóvenes estadounidenses resuelven conflictos, se crean un nicho en la sociedad de los adultos y adoptan patrones estables y predecibles de conducta y de vida. En la fase de noviciado, Levinson distingue tres periodos: transición a la juventud (de los 17 a los 22 años), ingreso al mundo de los adultos (de los 22 a los 28 años) y la transición de los 30 (de los 28 a los 33 años). En consecuencia, las “crisis” del desarrollo ocurren cuando los individuos encuentran dificultades para realizar las transiciones.

De acuerdo con Levinson, para lograr un ingreso pleno a la vida adulta, el joven habrá de dominar cuatro tareas del desarrollo: 1) definir un “sueño” de lo que realizará como adulto, 2) encontrar a un mentor, 3) forjarse una carrera y 4) establecer la intimidad. A continuación examinaremos por separado las cuatro tareas.

Definir un sueño Al comenzar la fase de noviciado, el sueño de lo que realizará como adulto no por fuerza está ligado a la realidad. Puede constar de una meta específica, como ganar un premio Pulitzer, o de un rol grandioso, como convertirse en productor cinematográfico, en magnate de los negocios, en escritor o atleta famoso. Algunos varones tienen aspiraciones más modestas: llegar a ser excelentes artesanos, filósofos de pueblo o amorosos padres de familia. El aspecto más importante del sueño es la capacidad de inspirar los esfuerzos actuales. En teoría, el joven comienza a estructurar su vida adulta en formas realistas y optimistas que le ayuden a cumplir su sueño. Por lo demás, las fantasías desmedidas y las metas inalcanzables no favorecen el crecimiento.

Además de ser irrealista, el sueño tal vez no se realice por falta de oportunidades, presiones de los padres, rasgos como la pasividad y la pereza o por la carencia de habilidades especiales que no pueden adquirirse. De ahí que un joven tal vez elija y domine una profesión que esté por debajo de su sueño y sin atractivo para él. En opinión de Levinson, tales decisiones originan conflictos profesionales constantes, indiferencia y poca dedicación al trabajo. Levinson considera que los que luchan por cumplir por lo menos un aspecto de su sueño tienen más probabilidades de experimentar una sensación de realización. Un joven que inicia la transición a la adultez con la esperanza de convertirse en estrella de básquetbol se sentirá más tarde satisfecho como entrenador, incorporando así algunos elementos de su sueño.

Encontrar a un mentor A los jóvenes, en la búsqueda de su sueño, les beneficia de sobremanera la ayuda de mentores. Un mentor les inculca seguridad en sí mismos al compartir el sueño y aprobarlo, y al probar habilidades y sapiencia. En calidad de protector, puede influir en el progreso de la carrera del principiante. Sin embargo, su función principal es facilitar la transición de la relación entre progenitor e hijo al mundo de los compañeros adultos. Debe ser bastante paternal y autoritativo, a la vez que suficientemente empático para cerrar la brecha generacional y establecer vínculos de compañerismo. Poco a poco el principiante adquirirá el sentido de autonomía y competencia, y con el tiempo puede que supere al mentor. Muchas veces el mentor y el joven se separan en este momento.

Forjarse una carrera Además de crear un sueño y encontrar a un mentor, el joven enfrenta el proceso complejo de forjarse una carrera, que va mucho más

Signos de desarrollo profesional exitoso.



allá de la mera selección de una ocupación. Según Levinson, es una función que abarca toda la fase del noviciado a medida que trata de definirse en la esfera vocacional. (Este tema se aborda más a fondo en el capítulo 13.)

Establecer la intimidad De modo análogo, la formación de relaciones íntimas no comienza ni termina con los hitos del matrimonio y el nacimiento del primer hijo. Antes y después de estos hechos, el joven se conoce mejor a sí mismo y aprende la manera de relacionarse con las mujeres. Debe averiguar lo que le gusta de ellas y lo que a ellas les gusta de él; debe definir sus cualidades y debilidades en la intimidad sexual. Aunque parte de este descubrimiento personal tiene lugar en la adolescencia, todo esto sigue asombrando al joven. Entre los 30 y los 35 años adquiere la capacidad para establecer una relación romántica seria.

Una relación primaria con una *mujer especial* (término empleado por Levinson) satisface una necesidad similar a la del vínculo entre principiante y mentor. Esta mujer puede facilitar el cumplimiento de los sueños del joven celebrándolos y creyendo que es un triunfador. Favorece su ingreso al mundo de los adultos alentando las esperanzas del adulto y tolerando su conducta dependiente u otras limitaciones. Según Levinson, la necesidad de una mujer especial disminuye más tarde, durante la transición a la madurez, en un periodo en que los hombres alcanzan una gran autonomía y competencia.

Estadios en la vida de la mujer

Como cabe suponer, el trabajo de Levinson provocó numerosas críticas, de las cuales la más persistente fue que no mencionaba a las mujeres, críticas que consideró en las investigaciones subsecuentes (Levinson, 1990; Levinson, 1996). Estudió a un grupo de 45 mujeres, de las cuales 15 eran amas de casa, 15 mujeres de negocios y 15 profesoras. Los resultados sustentaron, en parte, su teoría de que para ingresar a la adultez hay que definir un sueño, encontrar un mentor, escoger una carrera y establecer una relación con una persona especial; su modelo para las mujeres se parece al de los varones (vea la figura 12-5). También existe una transición decisiva hacia los 30 años, periodo de estrés al reexaminar los objetivos profesionales y los estilos de vida. Pero las experiencias de la mujer parecen muy distintas a las de los hombres. Más aún, aunque Levinson sostenía que las transiciones de ambos sexos guardan estrecha relación con la edad, otros investigadores descubrieron que en la mujer la etapa del ciclo de vida familiar parece ser un mejor indicador de la transición que la edad solamente (Harris y otros, 1986). Las transiciones de la mujer (y sus crisis) tal vez

se relacionen menos con la edad que con hechos como el nacimiento de los hijos o el momento en que éstos abandonan la casa paterna.

Sueños diferentes Quizá la definición de los sueños fue la diferencia más notable entre los sexos. En efecto, la diferencia era tan importante que Levinson la llama *escisión de género*. Los hombres suelen presentar una idea unitaria de su futuro concentrada en su carrera; en cambio, muchas mujeres suelen tener sueños “escindidos”. Las profesoras y las mujeres de negocios del estudio de Levinson querían combinar su carrera con el matrimonio, aunque de diversas maneras. Después del nacimiento de sus hijos, las profesoras mostraban menos ambición y mayor disposición a renunciar a su carrera siempre que pudieran realizar actividades intelectualmente estimulantes en la comunidad. Las mujeres de negocios querían proseguir su carrera, pero hacerlo en menor escala después de que nacieran sus hijos. Sólo las amas de casa tenían sueños unificados semejantes a los de los varones: querían ser esposas y madres de tiempo completo como lo habían sido sus propias madres.

En forma análoga, la mayoría de las mujeres, en otros estudios en que se aplicaron los métodos de Levinson, tenían sueños que incorporaban la carrera y el matrimonio; casi todas concedían mayor importancia al matrimonio. Sólo una minoría concentraban sus sueños exclusivamente en el éxito profesional; un número incluso menor limitaban su visión del futuro a los roles tradicionales de esposa y madre. Pero hasta las que soñaban con una carrera y el matrimonio moderaban sus sueños en el contexto de las metas de sus esposos, cumpliendo así con las expectativas tradicionales en un estilo de vida más moderno (Roberts y Newton, 1987).

Muchas mujeres expresan insatisfacción por algún aspecto de su sueño escindido (Droege, 1982). Para algunas, la carrera y el matrimonio son incompatibles. Las mujeres del estudio de Levinson también consideraban sumamente difícil integrar la carrera y la familia. Por ejemplo, las mujeres de negocios pensaban que su solución era apenas “adecuada”. Aunque los colegas y los parientes a menudo creen que las mujeres de negocios son exitosas, ellas consideran que han sacrificado un aspecto de su sueño con tal de realizar otro (Roberts y Newton, 1987).

Relaciones diferentes con los mentores La relación con los mentores es otra área en la que ambos sexos tienen experiencias diametralmente distintas. Se ha comprobado que las mujeres inician estas relaciones con menor frecuencia que los hombres. En parte, el problema obedece a que hay menos mujeres en puestos que les permitan orientar, aconsejar o favorecer a otras más jóvenes que buscan progresar en su profesión. Cuando los varones ejercen esta función, la relación puede deteriorarse por la atracción sexual (Roberts y Newton, 1987). Algunas veces los esposos o amantes fungen como tutores, pero entonces la función se ve complicada por exigencias contrarias. El compañero deja de apoyarla cuando ella hace valer su independencia y trata de promover su carrera o exige igualdad.

A las mujeres les resulta difícil encontrar a un *hombre especial* que apoye su sueño (Droege, 1982). Aunque el esposo o el amante a veces desempeñan ese rol, sobre todo al iniciarse la separación del dominio de los padres, un compañero tradicional pocas veces apoya el sueño de la mujer si éste comienza a amenazar su predominio en la relación. Dicho de otra manera, un compañero no por fuerza realiza todas las funciones del hombre especial que facilita el crecimiento personal y profesional de la mujer.

Trayectorias profesionales diferentes A la mujer no sólo le resulta más difícil encontrar una persona especial, sino que además suele dedicarse a su profesión mucho después. En un estudio anterior (Levinson y otros, 1978), se



A diferencia de los hombres jóvenes, quienes generalmente se concentran en su trabajo, muchas mujeres quieren combinar su carrera con el matrimonio.

observó que los hombres en general “terminan su noviciado profesional y asumen de manera plena su estatus adulto en el mundo del trabajo” al final de la transición de los 30 años —cuando dejan de ser principiantes. Por el contrario, las mujeres a menudo no alcanzan este estado sino hasta bien entrada la madurez (Droege, 1982; Furst, 1983; Stewart, 1977). Ruth Droege descubrió que incluso las mujeres que se habían encaminado en una trayectoria profesional entre los 20 y los 30 años, la mayoría no había terminado su “noviciado ocupacional”, sino hasta los 40 o después. Droege observó, asimismo, que a las que se encontraban en la madurez todavía les preocupaba el éxito en el trabajo y aún no estaban preparadas para reevaluar sus metas o sus logros profesionales. Otra investigación (Adams, 1983) reveló que un grupo de abogadas seguía el patrón profesional de los varones hasta la transición de los 30 años; pero en ese momento la mayoría de ellas dejaba de concentrarse en alcanzar el éxito profesional para preocuparse por conseguir la satisfacción en sus relaciones personales.

Reevaluación diferente La transición de los 30 causa estrés a hombres y mujeres. Pero reaccionan de manera distinta ante el proceso reevaluativo que ocurre entonces. Los hombres introducen cambios en su carrera o en su estilo de vida, pero no cambian su actitud ante el trabajo ni ante su carrera. En cambio, las mujeres por lo general invierten las prioridades que se habían propuesto en la juventud (Adams, 1983; Droege, 1982; Levinson, 1990; Stewart, 1977). Las mujeres que se habían orientado al matrimonio y a tener familia suelen buscar metas profesionales, en tanto que las concentradas en la carrera suelen optar por el matrimonio y la procreación. Su sueño más complejo les dificulta la consecución de las metas.

Sueños de las mujeres y cambio social Quizás el sueño de una mujer es más complejo porque recibe un influjo más profundo de los cambios sociales del siglo xx. En un estudio (Helson y Picano, 1990) se observó que a fines de las décadas de 1950 y 1960, las mujeres “mejor ajustadas” tenían un sueño claro: ser amas de casa de tiempo completo. El sueño se volvió obsoleto a medida que los cambios sociales las colocaron en la fuerza de trabajo de todos los niveles. En la edad madura, las mujeres tradicionales ya no eran las mejores ajustadas del estudio. Por el contrario, eran más dependientes o más controladas que las menos tradicionales. Por lo visto, adaptarse a los roles sociales incide en el bienestar individual. Los roles a los que tiene acceso la mujer joven en la actualidad suelen combinar carrera y familia. Por su parte, se espera que los hombres jóvenes inicien una carrera sin comprometerse del todo con las actividades familiares (Kalleberg y Rosenfeld, 1990).

Transformaciones propuestas por Gould

Los que investigan el desarrollo durante la adultez encaran la difícil tarea de decidir cómo organizar los abundantes datos biográficos. En parte, el resultado dependerá de su enfoque y de sus intereses. En su estudio original, Levinson obtuvo 15 horas de entrevistas biográficas de 40 varones. Optó por examinar varios aspectos del proceso de establecer una carrera y un estilo de vida.

Roger Gould (1978) adoptó un enfoque más cognoscitivo. Le interesaban las suposiciones del individuo, sus ideas, sus mitos y concepciones del mundo durante varios periodos de la adultez. En sus estudios participaron adultos de ambos sexos. Junto con sus colegas analizó las biografías de un grupo de hombres y mujeres de 16 a 60 años. Basándose en estos perfiles, describieron las visiones del mundo que caracterizan las distintas etapas de este estadio. Para Gould, el crecimiento es el proceso en el cual se abandonan ilusiones infantiles y creencias falsas y se reemplazan por seguridad en uno mismo y aceptación personal. A semejanza de Kegan, Gould está convencido de que un sistema de obtención de significado moldea nuestra conducta y nuestras decisiones.

De acuerdo con Gould, de los 16 a los 22 años la principal suposición falsa por superar es “Siempre perteneceré a mis padres y creeré en su mundo”. Para penetrar en esta ilusión y desecharla, los jóvenes deben comenzar a formarse una identidad que sus padres no puedan controlar ni dominar. Sin embargo, en esta edad su sentido del yo es todavía frágil y la falta de seguridad los hace muy sensibles a la crítica. También empiezan a darse cuenta de que sus padres son seres imperfectos y falibles, no las fuerzas controladoras y omnipotentes que habían sido hasta entonces.

Entre los 22 y los 28 años, los jóvenes hacen otra falsa suposición que refleja sus dudas constantes acerca de su autosuficiencia: “Me dará buenos resultados hacer las cosas como mis padres, con fuerza de voluntad y con perseverancia. Pero si me frustró, si me siento confundido, si me canso demasiado o si simplemente no logro superarme, ellos intervendrán para mostrarme el camino correcto.” Para combatir esta idea deben aceptar la responsabilidad absoluta de su vida y abandonar las expectativas de una ayuda continua de sus padres. La aceptación implica mucho más que desligarse del dominio del padre o de la madre; exige una construcción positiva y activa de la vida adulta. La conquista personal del mundo distrae energía de la introspección constante y del egocentrismo. Según Gould, en este periodo el modo predominante del pensamiento sustituye las intuiciones súbitas por la perseverancia, la disciplina, la experimentación controlada y la orientación a las metas.

Entre los 28 y los 34 años se da una transición importante a actitudes adultas. He aquí la principal suposición falsa del periodo: “La vida es simple y controlable. No coexisten en mí fuerzas contradictorias importantes.” Tal impresión se distingue de las que se dan en las etapas anteriores en dos aspectos fundamentales: indica un sentido de competencia y de reconocimiento de las limitaciones. Se ha conseguido ya una comprensión suficiente que permite admitir la confusión interna sin poner en duda la propia fuerza ni la integridad. Pueden resurgir talentos, cualidades y deseos suprimidos entre los 20 y los 30 años por no encajar en el modelo incipiente de la adultez. Gould cita dos ejemplos: el de un ambicioso socio de un bufete legal muy prestigioso, quien comienza a pensar en ingresar al servicio público; y el de un soltero sereno y feliz que de repente descubre que sus numerosas relaciones con las mujeres no son satisfactorias por alguna insuficiencia suya. (Esto nos recuerda la predicción de Levinson referente al sueño: los que lo ignoran o suprimen en la juventud se sentirán abrumados más adelante por este conflicto no resuelto.)

Aun los que han realizado las ambiciones de su juventud sentirán un poco de duda, confusión y depresión durante este periodo. Comenzarán a cuestionar los valores que les ayudaron a independizarse de sus padres. Para crecer es necesario romper con las rígidas expectativas del periodo comprendido entre los 20 y los 30 años de edad y adoptar una actitud más sensata: “Lo que obtenga se relaciona directamente con el esfuerzo que estoy dispuesto a hacer.” Las personas dejan de creer en la magia y empiezan a poner su fe en el trabajo disciplinado y bien encauzado. Además, comienzan a cultivar intereses, valores y cualidades, que los acompañarán por el resto de su vida.

El periodo comprendido entre los 35 y los 45 años significa una participación plena en el mundo de los adultos. Los padres ya no ejercen el control sobre la gente de esta edad y sus hijos todavía no los cuestionan. Se hallan, en palabras de Gould, “en lo más profundo de la vida”: sufren la presión del tiempo y temen que no lograrán todas sus metas. Los cambios físicos de la edad madura los aterrorizan y los desalientan; la menor movilidad profesional los hace sentirse acorralados. El impulso a la estabilidad y la seguridad, importantísimo entre los 30 y los 40 años, cede a la necesidad de la acción y de resultados inmediatos. Ya no es posible posponer las cosas. La muerte de

Diagrama de estudio • Ideas de algunos teóricos sobre las principales tareas de la juventud

Teórico	Idea
Perry	Transición del pensamiento dualista al relativista
Riegel	Consecución del pensamiento dialéctico
Labouvie-Vief	Adquisición de la autonomía y de la toma independiente de decisiones
Schaie	Aplicación flexible de las habilidades intelectuales para realizar las metas personales y profesionales: el periodo de <i>realización</i>
Kegan	Estructuración y reestructuración de los sistemas personales de significado
Havighurst	Formar una familia y consolidar una carrera
Erikson	Continuar desarrollando el sentido de identidad personal: resolver el dilema de intimidad frente al aislamiento
Levinson	Establecer una estructura vital temprana y realizar la transición de los 30 años y otras, que incluyen además definir un sueño, encontrar a un mentor, forjarse una carrera y establecer intimidad con una pareja especial
Gould	Desechar las suposiciones erróneas sobre la dependencia y aceptar la responsabilidad de la propia vida; alcanzar la competencia y reconocer las limitaciones personales

sus padres y la conciencia de la propia mortalidad los encaran con la injusticia y los dolores de la vida. Renuncian a su infantil necesidad de seguridad cuando reconocen el lado negativo de la existencia humana. Por fin están libres para examinar y desechar la sensación de futilidad y maldad propias que quedaba de la niñez. Según Gould, esta libertad representa la conciencia plena y autónoma del adulto.

Antes de terminar el capítulo, conviene recordar que las teorías que ponen de relieve los periodos o etapas sirven para entender el desarrollo del adulto, pero por varias razones no debemos interpretarlas con demasiada rigidez. En primer lugar, el concepto de etapas suele oscurecer los aspectos estables de la personalidad durante la adultez. En segundo lugar, esas teorías conceden poca importancia a la impredecibilidad de los acontecimientos de la vida (Neugarten, 1979). En tercer lugar, hasta ahora los varones han sido en general los sujetos de las investigaciones dedicadas al desarrollo del adulto, y gran parte de estos estudios se ha concentrado en las mismas cohortes de edad: individuos que nacieron durante la primera mitad del siglo xx.

REPASE Y APLIQUE

1. Resuma las tareas del desarrollo de la adultez propuestas por Havighurst.
2. Describa las principales tareas del desarrollo de la juventud según la teoría psicosocial de Erikson.
3. De acuerdo con Levinson y los estudios inspirados en sus teorías, ¿cuáles son las cuatro tareas del desarrollo que deben dominarse en la juventud para iniciar la vida adulta? ¿En qué formas las experimentan hombres y mujeres?
4. Describa la concepción cognoscitiva que Gould tiene de las transformaciones durante el desarrollo del adulto.

RESUMEN

Teorías sobre el desarrollo del adulto

- Los relojes biológicos constituyen una forma de sincronización interna: nos permiten saber si avanzamos muy lenta o rápidamente a lo largo de la vida.
- Los relojes biológicos tienen un origen social y hoy son más flexibles que en decenios anteriores.
- La edad cronológica indica los años de vida; la edad biológica es el lugar que ocupamos en relación con la esperanza de vida; la edad psicológica designa la eficacia con que podemos adaptarnos a las exigencias sociales y otro tipo de exigencias ambientales.
- Los paradigmas contextuales tratan de describir y organizar los efectos que distintas fuerzas tienen en el desarrollo. No hay dos individuos que experimenten exactamente la misma combinación de contextos.

Desarrollo físico en la juventud

- La mayoría de las personas alcanza el máximo nivel de vitalidad, fuerza y resistencia en la juventud.
- El funcionamiento de los órganos, el tiempo de reacción, la fuerza, las habilidades motoras y la coordinación sensoriomotora son óptimos entre los 25 y los 30 años de edad; después empiezan a disminuir de manera paulatina.
- El deterioro de las capacidades y habilidades físicas es más evidente en situaciones de emergencia y siempre que las exigencias físicas sean extremas.
- Los hábitos de salud y ejercicio que se adquieren en la juventud normalmente persisten en los años siguientes.
- En las décadas recientes, el mejoramiento del ejercicio y de la dieta han contribuido mucho a una buena condición física.
- Los índices de mortalidad son más bajos entre los jóvenes que en cualquier otro grupo de edad de adultos, pero siguen presentando un elevado índice de muertes evitables.
- Muchas enfermedades que causan problemas en la madurez y la vejez comienzan en la juventud.
- Algunas veces los factores socioculturales conducen a la enfermedad o la muerte.
- El proceso de ovulación es relativamente estable entre los 25 y los 38 años, pero luego disminuye. Los hombres producen espermatozoides desde la pubertad, aunque las emisiones de semen contienen cada vez menos espermatozoides viables.
- Los investigadores han descubierto que la duración promedio de las relaciones sexuales ha aumentado de modo considerable, lo mismo que la flexibilidad de las actitudes ante ellas.

- La sexualidad es más abierta y aceptada ahora que antes de la década de 1960; pero hay la tendencia a retroceder a una conducta más conservadora, en parte por el temor a las enfermedades de transmisión sexual.
- En la década de 1990, el patrón dominante de intimidad sexual entre hombres y mujeres parecía ser el aumento de la comunicación y la satisfacción mutua.
- La homosexualidad a menudo se manifiesta en la adolescencia o antes. Es difícil calcular su frecuencia, pues varía mucho según la localidad.
- Muchos homosexuales y lesbianas cohabitan en una relación sostenida. Los homosexuales suelen vivir en “parejas abiertas” que no exigen la monogamia.
- Ante la propagación del SIDA ha cambiado la conducta de heterosexuales y homosexuales. En la actualidad, la mayoría de las parejas jóvenes dice ser más precavida en sus actividades sexuales.

Continuidad y cambio cognoscitivos

- Las pruebas relacionadas con la capacidad cognoscitiva después de la adolescencia no son claras, pero al parecer la inteligencia aumenta hasta los 45 años aproximadamente y luego se estanca.
- Con la educación continua tienden a aumentar las calificaciones obtenidas por los adultos en las pruebas de inteligencia. Las personas mayores de 30 años muestran un mejor desempeño cuando reciben preparación en determinadas habilidades cognoscitivas; las habilidades que se ejercitan con frecuencia se conservan mejor.
- Un estudio realizado con estudiantes universitarios reveló que éstos al principio interpretan el mundo y sus experiencias educativas de manera autoritaria y dualista, pero poco a poco comienzan a aceptar e incluso a respetar la diversidad de opiniones. A su vez, esta perspectiva relativista es reemplazada por una etapa en que hacen compromisos y afirmaciones personales respecto de ciertos valores y puntos de vista.
- Según Riegel, hay una quinta etapa del desarrollo cognoscitivo, el pensamiento dialéctico, en la que el individuo considera pensamientos y observaciones contradictorios para integrarlos después.
- Labouvie-Vief destaca el compromiso y la responsabilidad como el rasgo distintivo de la madurez cognoscitiva del adulto.
- Schaie considera que el rasgo distintivo del pensamiento adulto es la forma flexible en que se emplean las capacidades cognoscitivas que ya se poseen. Divide el pensamiento adulto en cuatro etapas: periodo

de adquisición, periodo de realización, periodo de responsabilidad social y periodo en el que la función principal consiste en reintegrar los elementos experimentados en fases anteriores.

- Según Kegan, el individuo distingue de modo constante el yo y el mundo, al mismo tiempo que integra el yo al mundo en general. Señala que continuamos adquiriendo sistemas de significados en la edad adulta.

Estadios y tareas del desarrollo del adulto

- Para Havighurst, la adultez es una serie de periodos en los que hay que realizar algunas tareas del desarrollo. En la juventud, las tareas suponen sobre todo la formación de una familia y afianzarse en el ejercicio de una profesión. En la madurez se concentran en conservar lo que se logró en años anteriores y en ajustarse a los cambios físicos y familiares. En los años subsecuentes deben hacerse otros ajustes.
- De acuerdo con Erikson, la tarea más importante de la adultez es resolver la crisis de intimidad frente al aislamiento. La intimidad consiste en establecer con otra persona relaciones estrechas y mutuamente satisfactorias.
- Levinson considera que el ciclo de vida del adulto consta de tres grandes periodos (o “eras”), cada uno con una duración aproximada de entre 15 y 20 años. En cada periodo el individuo elabora una estructura vital, o sea el patrón que regirá su existencia.

- Según Levinson, si el joven quiere lograr un ingreso pleno a la adultez debe dominar cuatro tareas del desarrollo: 1) definir un “sueño”, 2) encontrar un mentor, 3) forjarse una carrera y 4) establecer la intimidad.
- En los estudios subsecuentes se incluyó a las mujeres y se descubrió semejanzas y diferencias. La diferencia más notable se refiere a la naturaleza del “sueño”. A esto Levinson lo llama escisión de género: mientras los hombres suelen tener una visión unitaria de su futuro orientado a una carrera, las mujeres suelen tener sueños “escindidos” que contienen varias combinaciones de carrera y de matrimonio.
- Hombres y mujeres difieren también en su relación con los mentores. Cuando una mujer tiene a un hombre como mentor, las relaciones entre ellos pueden deteriorarse por la atracción sexual.
- Las mujeres tardan mucho más en consolidar su carrera y a menudo no alcanzan el estatus totalmente adulto en el mundo del trabajo, sino hasta después de los 30 años.
- Según Gould, el crecimiento es un proceso que consiste en desechar las ilusiones infantiles y las falsas suposiciones en favor de la seguridad en sí mismo y la aceptación personal. La conciencia plena y autónoma del adulto se logra cuando podemos encarar la injusticia y el dolor de la vida, sintiéndonos libres de examinar y desechar la futilidad y la maldad que quedan de la niñez.

CONCEPTOS BÁSICOS

reloj biológico
edad cronológica
edad biológica

edad social
edad psicológica
paradigmas contextuales

pensamiento dialéctico
sistemas de significado
estructura vital

UTILICE LO QUE APRENDIÓ

¿Se da el desarrollo cognoscitivo después de la adolescencia? ¿Somos más sabios y emitimos mejores juicios a los 35 que a los 20 años? Los clientes prefieren contratar a un abogado mayor de 35 años que a uno de entre 20 y 25. ¿A qué se debe?

Para analizar los factores que contribuyen al desarrollo cognoscitivo del adulto, busque a dos adultos que tengan la misma formación académica para su puesto, pero cuya edad difiere en 15 años o más. Analice con

ambos algunos de los aspectos más problemáticos o polémicos de su trabajo. ¿Cómo los describen? ¿Qué marco de referencia emplean para encontrar soluciones o tomar decisiones? ¿En qué se distinguen sus respuestas? ¿Es una de éstas más compleja o eficaz que la otra?

Trate de relacionar después las diferencias que observa con el material presentado en este capítulo.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- BELENSKY, M. F. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice and mind*. Nueva York: Basic Books. Libro innovador, basado en entrevistas a profundidad, que describe la adquisición de seguridad en sí misma y el pensamiento de la mujer adulta.
- GILOVICH, T. (1991). *How we know what isn't so: The Fallibility of human reason in everyday life*. Nueva York: Free Press. A pesar de las habilidades cognoscitivas de los adultos con un grado elevado de escolaridad, este libro aborda el cómo y el porqué a veces llegan a estar convencidos de creencias falsas.
- HIDE, J. S. (1989). *Understanding human sexuality* (4a. ed.). Nueva York: McGraw-Hill. Libro muy completo que expone los diversos aspectos de la sexualidad humana: actitudes y conductas heterosexuales y homosexuales, junto con su origen biológico.
- LEVINSON, D. J. (1978). *The seasons of a man's Life*. Nueva York: Knopf. Informe sobre los patrones comunes del desarrollo, basado en una estudio de 10 años dedicado a varones adultos, con especial hincapié en la fase de noviciado, en el periodo de establecimiento y en la transición a la madurez.
- LEVINSON, D. J. (1996). *The seasons of a woman's life*. Nueva York: Ballantine. En este informe de un estudio longitudinal sobre mujeres que sigue el formato de su estudio acerca de los hombres, Levinson analiza las semejanzas y las diferencias entre los géneros respecto de los estadios e intenta describir un ciclo global de la vida humana.
- LEWIS, M. (1997). *Altering fates: Why the past does not predict the future*. Nueva York: Guilford Press. Michael Lewis, famoso investigador del desarrollo, pone en tela de juicio algunos modelos comunes con que se predice la personalidad del adulto a partir de los acontecimientos de su niñez. Sostiene que la adaptabilidad y las circunstancias del adulto, junto con el significado personal que se les da, influyen profundamente en el desarrollo psicológico del adulto.
- MICHAEL, R. T. CAGNON, J. H. LAUMANN, E. O. & KOLATA, G. (1994). *Sex in America: A definitive survey*. Boston: Little, Brown. Las películas, las revistas y los anuncios nos dan una impresión de la realidad. Otra muy diferente es la que nos da esta encuesta exhaustiva de las prácticas y preferencias sexuales del adulto, así como de sus estilos de vida.
- ROSE, M. (1989). *Lives on the boundary: The struggles and achievements of America's underprepared*. Nueva York: Free Press. Historias reales de jóvenes que logran salir de la subclase de personas con baja escolaridad.

13

Juventud: desarrollo de la personalidad y socialización

CAPÍTULO



TEMARIO

Continuidad y cambio en el desarrollo de la personalidad y en la socialización

El yo, la familia y el trabajo

El yo personal: autorrealización y autoestima

El yo como miembro de la familia

El yo como trabajador

Establecimiento de relaciones íntimas

Amistades adultas

Teoría triangular del amor propuesta por Sternberg

Formación y desarrollo de la pareja

Paternidad (maternidad) y desarrollo del adulto

El ciclo de la vida familiar

La transición a la paternidad (maternidad)

Cómo se enfrentan las etapas del desarrollo de los hijos

Las exigencias de ser un progenitor solo

El ciclo ocupacional

Etapas de la vida vocacional

Elección de la carrera y preparación profesional

Obtención de un lugar en la fuerza de trabajo

Trabajo y género

Panorama estadístico cambiante

Cambios en los patrones de trabajo

Los múltiples significados del trabajo

Mitos y estereotipos que afectan a la mujer en el lugar de trabajo

Dinámica de las parejas con doble ingreso

Investigación en Hispanoamérica

Intereses y valores en jóvenes mexicanos

Jimena de Garay Hernández / Rolando Díaz-Loving / María Teresa Frías Cárdenas / Briam Limón González / Ignacio Lozano Verduzco / Tania E. Rocha Sánchez / Marisol Zacarías Guerra
Facultad de Psicología, UNAM / Research Association in Oklahoma (Hispanic Healty Marriage Initiative)

Tras hacer una distinción entre los intereses y los valores, se analizaron los presentes en una muestra de jóvenes estudiantes de 18 y 25 años. [...]

Según los resultados, los intereses se agruparon en las dimensiones de apertura al cambio y conservadurismo, descritas por Schwartz. Se observaron, asimismo, áreas de interés específicas, como la carrera, la familia, el estudio y los amigos. Finalmente, se muestran las diferencias por sexo en los intereses expresivos e instrumentales, señalando la relevancia de los procesos de socialización y endoculturación. [...]

Dado que se trató de un estudio que busca las manifestaciones idiosincrásicas de una muestra particular de la población, los resultados se deben enmarcar en variables culturales que contextualicen las actividades y valores de los jóvenes en una cultura tradicional colectivista, pero a su vez inserta—dado su alto nivel de educación—en un claro proceso posmoderno. [...]

Los perfiles encontrados muestran una clara inestabilidad y ambivalencia, dada la contraposición de los valores adheridos a la cultura mexicana, orientada patentemente a la comunión (Triandis, 1994) o a la familia (Díaz-Guerrero, 1982), frente a las nuevas tendencias a la independencia y a la individualidad (Valdez, 2008). [...]

Debido a la ambivalencia antes mencionada, el grupo de universitarios de la muestra puede encontrarse en un conflicto interno por sentir que rompe con los valores familiares y tradicionales. En estudios a futuro sería interesante ver si este conflicto se vincula con mayores niveles de ansiedad y descontento con la vida, o, en otra dirección, con la falta de un establecimiento concreto de metas y, de manera general, con dar sentido a la vida.

A primera vista se observa que tanto hombres como mujeres reportan intereses instrumentales y expresivos, adoptando así una postura andrógina. Esto concuerda con lo que sugieren Rocha, Díaz-Loving y Rivera (2002) acerca de la posibilidad de que estas dos características coexistan en el individuo debido a que son dimensiones ortogonales. Dichos autores refieren la propuesta de Ramírez (1977), quien señala que los procesos de socialización y las transformaciones culturales favorecen la inserción de la mujer en el ámbito laboral (roles instrumentales) y del hombre en el hogar (roles expresivos), aunque no de manera proporcional. Lo anterior se confirma por los hallazgos de este estudio, donde los hombres reportaron intereses expresivos, como familia y amigos, y las mujeres, por su parte, intereses instrumentales, como carrera/profesión. Sin embargo, a pesar de las señales de transición, al final del camino siguen siendo las mujeres quienes conceden mayor importancia a la afectividad, mientras que los hombres la otorgan al logro. En los resultados arrojados se observan varias diferencias entre las actividades reportadas por los hombres y por las mujeres. En general, los hombres se inclinan más hacia las actividades instrumentales y las mujeres hacia las expresivas. Cabe resaltar que, tanto unos como otras consideran muy importante su carrera o profesión. Los hombres, por su parte, se interesan más por el estudio, el trabajo, el dinero, el ejercicio, ver televisión, comer y dormir, en tanto que las mujeres se sienten más atraídas por la lectura, la familia, viajar, divertirse, conocer gente, el matrimonio y platicar. Esto podría relacionarse con el rol que se le asigna a la mujer de cuidadora y madre, y al hombre de proveedor (Rocha y cols., 2002). Además, los datos señalan que las mujeres tienen un interés particular en desarrollar relaciones interpersonales y los hombres en mantener el *statu quo*. Esto puede sugerir que las mujeres valoran la transición y los hombres la tradición.

Aun así, los hombres también consideran importante dedicar tiempo y actividad a su familia, siendo que la muestra la ubicó en el tercer lugar de importancia; de igual forma, se interesan en los amigos, lo que muestra cierta orientación a compartir y convivir con otros. Un dato interesante es que los hombres muestran aquí un destacado interés en bailar, dato que no ha sido

manifestado por los hombres en otros estudios (Rocha, 2004). Por último, existen diferencias en cuanto a la importancia dada al goce de la música. Los resultados pueden ser poco claros pues no especifican el tipo de actividad que se realiza con ella (escucharla, escribirla, ejecutarla, asistir a conciertos, etc.). La especificidad de estas actividades es importante porque algunas pueden ser consideradas instrumentales y otras expresivas. En general, los resultados sugieren una forma de androginización cultural tanto de los hombres como de las mujeres —aunque en ellas, es mucho más notorio—, pues ambos sexos realizan actividades consideradas privativas del sexo opuesto. Este hallazgo es similar al descrito por Rocha y cols., (2002).

Dado que los universitarios en la ciudad de México se encuentran inmersos en una sociedad neoliberal y moderna, donde impera la toma de decisiones individuales dentro de la lógica de mercado (Román, 1999), es posible que los jóvenes de la muestra introyecten este tipo de requisitos, dando importancia a la formación profesional y así poder encajar en la cultura globalizada. Se puede hipotetizar, a partir de los resultados encontrados, que la adherencia a las normas tradicionales está disminuyendo, hallándose cualidades individuales (orientación al logro, independencia económica, entre otras) que impulsan a las mujeres universitarias a desempeñar roles instrumentales (como carrera/profesión), de la misma manera que los hombres procuran, cada vez con mayor frecuencia, desempeñar roles expresivos, aunque en menor medida que las mujeres, patrón que no ha sido descrito en estudios anteriores (Díaz-Loving y cols., 2007; Polanco y Reyes, 2003; Rocha, 2004; Valdez, 2008). De hecho, Ramírez (1977) apunta que las características instrumentales y expresivas, más que privativas de un solo sexo, son necesarias para la interacción y el intercambio social y están en unión de las demandas específicas del entorno cultural y del individuo en continua transformación. Esta afirmación puede vincularse con lo que se observó en los resultados, sugiriendo que si las mujeres conservan rasgos expresivos, lo hacen por el bien de la convivencia social, a través del cumplimiento de las normas culturales, a la vez que buscan su desarrollo personal a través de la consecución de metas instrumentales como una carrera o profesión.

Al hacer una revisión del cúmulo de intereses y un análisis puramente conceptual, se encontraron dos grandes categorías. El primer *cluster* obedece a las actividades obligatorias que el universitario debe realizar; el segundo, a las actividades que realiza en su tiempo libre. De esta manera, las actividades obligatorias concuerdan con las definiciones de los valores ubicados en la categoría de conservación: seguridad, tradición y conformidad. El segundo *cluster* coincide con las definiciones de los valores de apertura al cambio, integrado por estimulación, autodirección, individualismo y hedonismo (Schwartz, 1992; Triandis, 1994). Se puede considerar que el primer *cluster* enlista los intereses que expresan la obediencia afiliativa y la resignación descritas por Pérez-Lagunas y Díaz-Guerrero (1992) (cfr. también Andrade, 2008), ya que estas categorías se refieren al sacrificio y el ocuparse del otro antes que de uno mismo, así como de seguir las normas tradicionales marcadas por la cultura. En cambio, los intereses del segundo *cluster* expresan el goce, por el cual se dedican los recursos a uno mismo antes que a los demás.

Por último, el valor otorgado a algunos intereses individualistas, no referidos a la familia, es consistente con los hallazgos de Díaz-Guerrero (2003), quien afirma que los valores culturales tradicionales están en evolución, lo que se constata en el declive del machismo, la virginidad, la obediencia afiliativa y el honor familiar. [...]

Objetivos del capítulo



Cuando termine este capítulo, podrás:

1. Explicar las interrelaciones del yo, la familia y el trabajo desde las perspectivas de Maslow y de Rogers.
2. Describir el desarrollo de las relaciones íntimas a partir de la teoría triangular del amor propuesta por Sternberg.
3. Explicar el proceso de formación de la pareja como una expresión de la intimidad.
4. Identificar la relación de las exigencias y presiones de la paternidad (maternidad) con el desarrollo del adulto, incluidos los problemas especiales que afrontan los progenitores solos.
5. Analizar el ciclo ocupacional clásico en función de las etapas vocacionales propuestas por Havighurst y los cambios que se han producido en años recientes.
6. Identificar los factores básicos que influyen en la elección ocupacional.
7. Explicar las semejanzas y diferencias en la participación de hombres y mujeres en la fuerza de trabajo y exponer los problemas especiales de las parejas con doble ingreso.

En los inicios del estudio del desarrollo adulto, Freud definió el éxito en este periodo como la capacidad de amar y trabajar. Erikson destacó la obtención de la intimidad y más tarde de la generatividad, que abarca toda clase de trabajo productivo. Algunos teóricos hablan de filiación y logro y otros de aceptación y competencia. El paso exitoso por la adultez está estrechamente ligado al compromiso del individuo con su carrera y, casi en todos los casos, con una pareja romántica y con la familia.

En este capítulo abordaremos la importancia que el amor y el trabajo tienen en el desarrollo durante la juventud. Por lo que respecta al amor, la familia y los estilos personales de vida constituyen un contexto social decisivo. Examinaremos las formas en que el adulto establece relaciones íntimas y cómo se sirve de ellas para estructurar y reestructurar su sentido de identidad. En lo que respecta al trabajo, analizaremos cómo aplica su energía y sus habilidades para realizar sus ambiciones. El trabajo moldea nuestros estilos de vida, la elección de amistades, el prestigio y el nivel socioeconómico, lo mismo que nuestras actitudes y valores. En teoría, nos plantea retos y nos ayuda a crecer. Nos obliga a resolver problemas. Puede ser el medio de encontrar placer, satisfacción y realización. Pero también puede causar frustración, aburrimiento, preocupaciones, humillación y un sentido de impotencia. Puede producirnos estrés y dañar la salud. Sin embargo, siempre constituye el contexto y el elemento esencial del desarrollo del adulto.

Continuidad y cambio en el desarrollo de la personalidad y en la socialización

La socialización continúa en la juventud y después; socializamos y así aprendemos nuevos roles dentro del contexto del trabajo, la vida independiente,

la intimidad con otra persona, el matrimonio y la familia. Muchos asumen nuevos roles en su comunidad y se unen a clubes, grupos cívicos e instituciones religiosas.

¿Sucedre lo mismo con la personalidad? ¿Continuamos desarrollándonos y cambiando durante la juventud y después? Muchos teóricos así lo consideran, como dijimos en el capítulo anterior. En esta fase, los cambios de roles constituyen transiciones, marcan hitos (Clausen, 1995) y nos hacen cambiar. Vemos las cosas desde otra perspectiva; nos comportamos de modo diferente; ajustamos nuestras creencias, nuestras actitudes y valores a los roles y los contextos del momento. En eso consiste precisamente el desarrollo de la personalidad, aunque los cambios son más sutiles y menos sistemáticos que los de la niñez y de la adolescencia, y también se da una gran continuidad. Sin embargo, una personalidad *estable* por lo general no se logra sino hasta los últimos años de la juventud o al inicio de la madurez. Pero ni siquiera entonces la personalidad presenta una estructura inmutable: los cambios abruptos en la familia, en los contextos sociales o profesionales pueden afectarla en cualquier etapa del ciclo vital.

El yo, la familia y el trabajo

El desarrollo del adulto puede describirse en el contexto de tres sistemas independientes, pero interconexos que se concentran en varios aspectos del yo: el yo personal, el yo como miembro de una familia (hijo adulto, miembro de una pareja y progenitor) y el yo como trabajador (Okum, 1984) (vea la figura 13-1). Abundan las interacciones. Por ejemplo, la investigación ha demostrado que

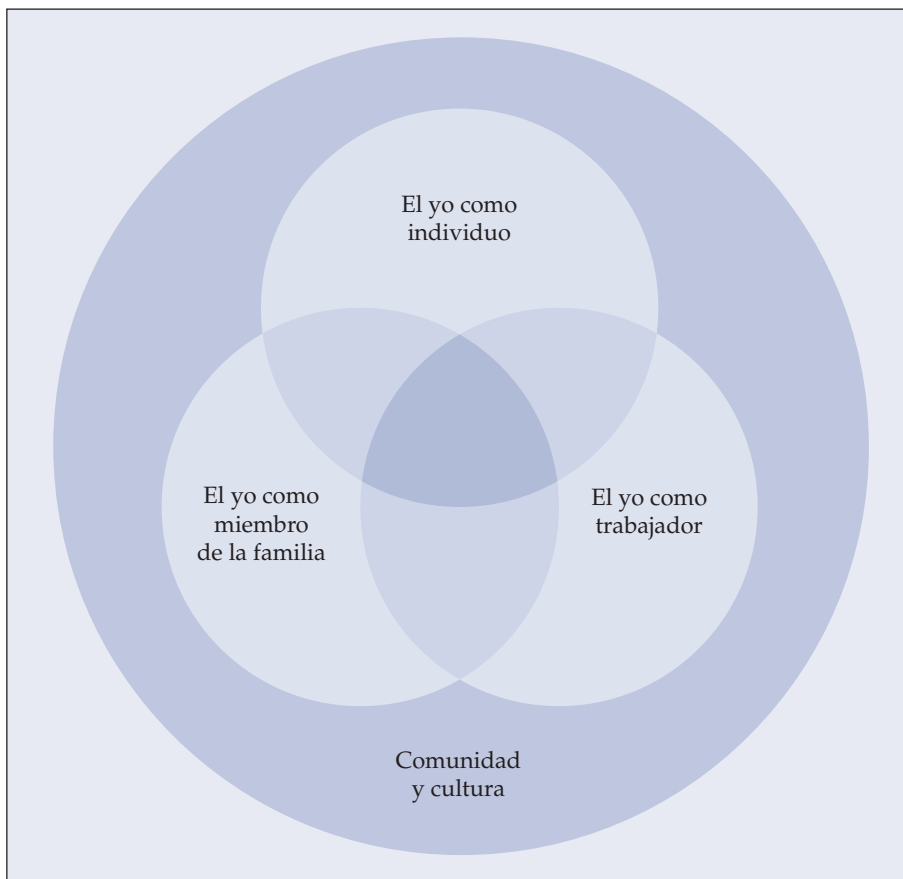


Figura 13-1

Los tres sistemas del desarrollo del adulto comprenden las interacciones dinámicas entre el yo como individuo, como miembro de la familia y como trabajador. Las interacciones tienen lugar dentro del contexto general de la comunidad y la cultura.

Fuente: adaptado de B. Okum (1984). *Working with Adults: Individual Family and Career Development*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

cuanto más positiva sea la experiencia laboral del padre, mayor será su autoestima y mayores probabilidades habrá de que tenga un estilo de crianza aprobatorio, cálido y positivo (Grimm-Thomas y Perry-Jenkins, 1994).

Estos sistemas cambian con los acontecimientos y las circunstancias, lo mismo que a raíz de las interacciones con la comunidad y la cultura en general. Según señalamos en el capítulo 3, el modelo de sistemas ecológicos propuesto por Urie Bronfenbrenner (1979, 1989) presenta al desarrollo como un proceso dinámico y multidireccional que abarca el ambiente inmediato del individuo, su entorno social y los valores, leyes y costumbres de la cultura a que pertenece. Estas interacciones y los cambios personales que de éstas provienen ocurren a lo largo del ciclo vital.

El yo personal: autorrealización y autoestima

El yo se conceptúa de muchas formas, como vimos en capítulos precedentes al hablar de la niñez y la adolescencia. Una formulación clásica de lo que es importante para el yo adulto es la de Abraham Maslow (1908-1970). Su teoría presenta características del desarrollo bien definidas. Sin embargo, en lugar de las etapas pone de relieve las *necesidades* que hemos de satisfacer cuando luchamos por alcanzar nuestro potencial o el sentido del yo. La meta es la **autorrealización**, es decir, la utilización y el desarrollo plenos de nuestros talentos y capacidades (Maslow, 1954, 1979). La autorrealización ocupa la parte más elevada en la “jerarquía de necesidades” de Maslow, que a menudo se representa como una pirámide según se aprecia en la figura 13-2. Los **psicólogos humanistas** como Maslow sostienen que tomamos decisiones acerca de nuestra vida. Recibimos el influjo de nuestras experiencias con la gente, pero también determinamos las direcciones que emprendemos y procuramos realizar nuestras metas (May, 1983).

La necesidad de autorrealización sólo puede expresarse o atenderse después de satisfacer las necesidades de orden inferior como las de alimento, vivienda y seguridad. A los que viven en condiciones de privación o terror difícilmente les interesará alcanzar todo su potencial. Necesitamos amar, sentirnos amados y experimentar un sentido de “pertenencia” en contextos como la familia y la comunidad. Además, necesitamos autoestima y obtener de los otros respuestas positivas, que van de la simple confirmación por parte de familiares y amigos

autorrealización Realizar plenamente nuestro potencial único.

psicología humanista Teoría de que el ser humano toma decisiones y busca cumplir metas positivas de índole personal y social.

Figura 13-2

Jerarquía de necesidades de Maslow Aunque las necesidades superiores no son menos importantes que las inferiores, los individuos deben satisfacer las necesidades inferiores como las de supervivencia y seguridad, antes que las de orden superior como las de pertenencia y estima. Más adelante en su vida, el adulto debe atender a las necesidades de autorrealización a fin de alcanzar todo su potencial.



de nuestra personalidad, habilidades y logros hasta la aclamación y la fama en la sociedad. También buscamos satisfacer las necesidades cognitivas y estéticas de orden superior.

Maslow buscó pruebas de la autorrealización y de su composición sobre todo en estudios de casos de personajes importantes y otros individuos que parecían encaminarse a alcanzar su potencial. ¿Qué tipo de personas son? Si bien suelen ser realistas, tener sentido del humor, ser creativos, productivos y tener un autoconcepto positivo, no por fuerza son perfectos: pueden ser caprichosos, distraídos y obstinados en la obtención de su potencial. No tienen tampoco que ser felices todo el tiempo, aunque sí viven *experiencias excepcionales* durante las cuales se sienten muy bien con ellos mismos y con el lugar que ocupan en el mundo.

Una persona sólo puede comenzar en la juventud el camino que la llevará a la autorrealización; se trata de una búsqueda permanente que nunca termina por completo. Conviene verla más como una “búsqueda de la verdad y del conocimiento, la tentativa por garantizar la igualdad y la justicia, y la creación y amor por la belleza” (Shaffer, 1978).

Carl Rogers (1902-1987), otro psicólogo humanista, abordó estos temas desde el punto de vista de un psicoterapeuta. Trataba de averiguar las causas de la ansiedad, de la poca autoestima y del escaso sentido de valor personal, lo mismo que de los problemas interpersonales de sus pacientes. Para él, la naturaleza humana consta esencialmente de impulsos sanos y constructivos (1980). Al nacer estamos preparados para ser “buenos” como individuos y como miembros de la sociedad, pero a medida que nos desarrollamos la sociedad nos “corrompe”. Varias personas importantes (u otros significativos) en nuestra vida, comenzando por nuestros padres, nos imponen **condiciones de valor**: “no hagas esto, no hagas lo otro” porque de lo contrario serás una persona sin valor. El que interioriza tales condiciones adquiere poca autoestima, sentidos de fracaso, ansiedad y desesperación recurrentes. Las condiciones interiorizadas se convierten en criterios inalcanzables de perfección. Con una sola vez que nos portemos mal, quedaremos marcados para siempre como niños malos. Bastará una falla como cónyuges o empleados, para que nos tachen de individuos inútiles.

Rogers propone que nos veamos a nosotros y a los demás con una **consideración positiva incondicional**, expresión que para él significa aceptar en forma afectuosa —sin reservas ni condiciones— al otro como un ser humano valioso. El progenitor debe amar a su hijo incondicionalmente, cualquiera que sea su conducta. Cuando un niño se porta mal, se le castiga si es necesario, pero nunca debe negársele el afecto ni restarle méritos a su valor como persona. Las mismas recomendaciones se aplican a las interacciones con miembros de la familia, amigos y compañeros de trabajo.

El yo como miembro de la familia

Para el individuo, su familia es un contexto sumamente importante de su desarrollo como adulto. En una encuesta a nivel nacional efectuada en Estados Unidos, hombres y mujeres de todas las edades dijeron que sus roles familiares contribuían de manera decisiva a definir lo que eran (Beroff y otros, 1981). En un estudio más reciente y detallado sobre la identidad del adulto, 90 por ciento de los entrevistados y las entrevistadas indicaron, al definirse, que sus roles y responsabilidades familiares eran los elementos más importantes (Whitbourne, 1986a). Hablaron de sus roles como progenitores, cónyuges, hermanos e hijos; sobre las actividades y responsabilidades familiares; sobre la intimidad, la comunicación, la compañía y la realización personal. En términos generales, manifestaron lo que habían llegado a ser en estas relaciones y experiencias familiares. Muy pocos hombres y mujeres se definieron fundamentalmente en función de su carrera y no en función de su familia.



Los jóvenes solteros se encuentran a menudo en transición de la familia en la que crecieron a la que formarán.

condiciones de valor Condiciones que nos imponen para considerarnos seres humanos valiosos y que a menudo es imposible cumplir.

consideración positiva incondicional Idea de Rogers según la cual deberíamos aceptar con afecto a los demás como seres humanos valiosos, sin reservas ni condiciones.

Los jóvenes, casados o no, suelen encontrarse en transición; pasan de la familia en la que crecieron a la familia que formarán. Lois Hoffman (1984) identifica cuatro aspectos en este proceso. El primero es la *independencia emocional*, en que el joven necesita cada vez menos el apoyo psicológico de sus padres. El segundo proceso es la *independencia de actitudes*. El joven descubre actitudes, valores y creencias que no por fuerza son iguales a los de sus padres. El tercer proceso, la *independencia funcional*, se refiere a su capacidad para adquirir solvencia económica y atender los problemas cotidianos. Por último la *independencia de conflictos*, que se presenta en cualquier momento, supone la separación de la familia sin sentimientos de culpa ni de traición.

Estudios realizados con estudiantes universitarios (Lapsley y otros, 1989) revelan un progreso notable en cada tipo de independencia durante esa etapa. Sin embargo, se observa una importante dependencia funcional incluso en el último año. Muchos estudiantes siguen dependiendo de sus padres en lo económico. Por último, la probabilidad de que se presenten problemas de ajuste psicológico es mayor entre los jóvenes que no terminan el proceso de separación, sobre todo en la independencia de conflictos (Friedlander y Siegel, 1990; Lapsley y otros, 1989).

El yo como trabajador

A los niños se les pregunta: “¿Qué te gustaría ser de grande?” Muchos de nuestros pensamientos y fantasías se relacionan con esta interrogante que nos seguimos planteando mucho después de la niñez. La respuesta que demos a esta pregunta en la vida adulta contribuye en gran medida a nuestra identidad, es decir, lo que somos y lo que no. La etapa de *generatividad frente a estancamiento* (vea el capítulo 15), propuesta por Erikson, también guarda estrecha relación con el trabajo, pues muchos adquieren el sentido de ser miembros productivos y valiosos de la sociedad gracias, en parte, a su oficio o profesión.

Sin importar nuestra ocupación, llevamos con nosotros las actitudes, las creencias y las experiencias de nuestro trabajo. Somos miembros de una empresa, de una profesión, de una especialidad, de un arte o un oficio o, quizá, de un sindicato. A menudo el trabajo define nuestro estatus, nuestro ingreso o prestigio. Define, asimismo, nuestro programa diario de actividades, los contactos sociales y las oportunidades de desarrollo personal.

Como los trabajos en los que hay pocas oportunidades de progresar ofrecen a menudo menos satisfacción intrínseca, las amistades pueden ser una fuente importante de satisfacción extrínseca.



¿Qué nos da el trabajo a cambio del tiempo y la energía que le dedicamos? Los psicólogos industriales u organizacionales señalan que, para algunos, el trabajo es un medio de supervivencia. Obtienen del trabajo el dinero que les permitirá adquirir alimento, vestido y morada para ellos y su familia, pero no organizan su vida en función del mismo. A otros les da la oportunidad de ser creativos o productivos; les ofrece un acicate y estimula su crecimiento; les permite, además, lograr autoestima o respeto. Y para otros es una adicción; son “adictos al trabajo”, su motivación gira en torno al desempeño y definen su vida en función del trabajo.

Cuando los investigadores preguntan a los adultos qué aspecto del trabajo es importante para ellos obtienen dos tipos de respuesta. Por una parte, hablan de las características del empleo y de las habilidades que poseen para realizarlo, es decir, de los **factores intrínsecos del trabajo**. Quienes se enfocan en estos factores pueden describir su trabajo en función del reto o interés, aunque también podrían hablar de la competencia y los logros alcanzados. Por otra parte, algunos se concentran en los **factores extrínsecos del trabajo**. Entre éstos se cuentan sueldo y estatus, comodidad o conveniencia del ambiente laboral y las horas de trabajo, lo adecuado de las prácticas de supervisión de la empresa, actitudes y apoyo de los compañeros, y oportunidades de progreso (Whitbourne, 1986a).

Lo que dicen los trabajadores de su empleo depende en parte del trabajo. En el mundo moderno, muchos empleos ofrecen poco interés y oportunidad de crecimiento personal; quienes los realizan hablarán sólo de factores extrínsecos y supervivencia económica. En general, los afortunados que hallan en su trabajo estos factores intrínsecos suelen comunicar mayor satisfacción, motivación y compromiso personales. Es más probable que estos trabajadores definan su identidad principalmente a partir de su trabajo o de su carrera. Conocen la satisfacción personal que les procura y no quieren perderla. En un estudio realizado con trabajadores de clase media de 46 a 71 años de edad (Pfeiffer y Davis, 1971), 90 por ciento de los varones y 82 por ciento de las mujeres entrevistados dijeron que seguirían trabajando aun cuando no tuvieran necesidad. Señalaron que encontraban más satisfacción en el trabajo que en las actividades recreativas. Aun los que se acercaban a la edad de la jubilación preferían seguir trabajando, por lo menos medio tiempo.

La figura 13-3 contiene un modelo de la forma en que se vincula la motivación intrínseca del trabajo con la identidad como empleado competente. Cuando un individuo se siente motivado intrínsecamente, se compromete más con el trabajo, lo realiza mejor y tiene una mejor identidad como empleado competente. Si bien esto aumenta a su vez la motivación intrínseca, el ciclo también puede seguir una dirección negativa. Por ejemplo, el hecho de sentirse incompetente o abrumado disminuye la motivación intrínseca, la participación y el desempeño en el puesto (Maehr y Breskamp, 1986; Whitbourne, 1986b).

Las amistades pueden ser un importante factor extrínseco en el trabajo. Las amistades que ahí se forman pueden ser muy importantes para quienes ocupan puestos de poca proyección (Kanter, 1977), en los que el sueldo acaso sea bueno, pero no hay oportunidades de progresar. Socializar con los compañeros puede dar sentido a este tipo de empleo. Las relaciones sociales en el lugar de trabajo son importantes sobre todo para las mujeres (Repetti y otros, 1989). Estas relaciones ofrecen apoyo emocional y quizá sean una de las razones que explican por qué las mujeres que trabajan fuera de casa tienen mejor salud mental y física. (Esto lo expondremos con mayor detenimiento después.)

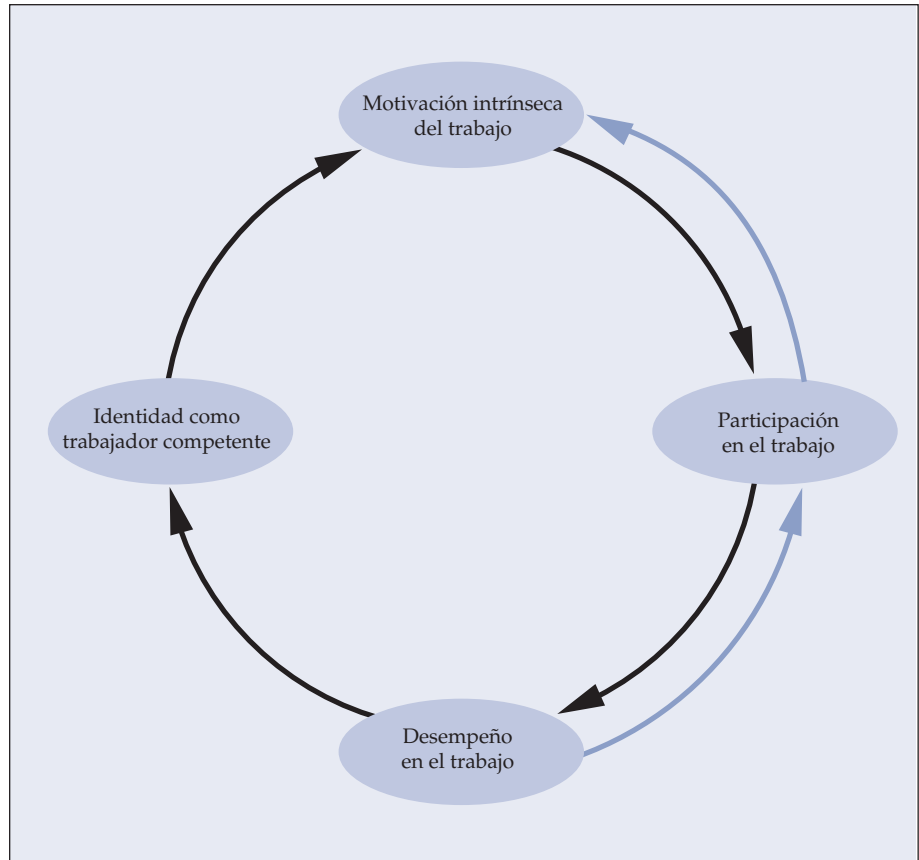
Hay otros factores extrínsecos que se relacionan con la salud. Cuando se combina una exigencia excesiva con una supervisión poco clara, aumentan el estrés y el riesgo de ataques cardíacos (Repetti y otros, 1989). Por tanto, los factores extrínsecos son importantes no sólo para la satisfacción en el trabajo, sino también para la salud física y mental en general.

factores intrínsecos del trabajo Satisfacciones que se obtienen cuando se realiza el trabajo por su propio valor.

factores extrínsecos del trabajo Satisfacción por medio de sueldo, estatus y otras recompensas.

Figura 13-3

Interacción entre la motivación intrínseca del trabajo y la identidad del trabajador.



Por último, las actitudes y los valores relacionados con el trabajo se han modificado a partir de la década de 1980. En la actualidad, la mayoría de los trabajadores ya no se definen exclusiva o, incluso, principalmente en función del trabajo. Son cada vez más los que buscan un equilibrio entre familia, trabajo, intereses personales y pasatiempos (Derr, 1986; Whitbourne, 1986b). No obstante, la mayoría de los entrevistados sentía una gran satisfacción personal en su trabajo. En este estudio, las recompensas intrínsecas superaron a las extrínsecas.

Establecimiento de relaciones íntimas

Sin importar si los adultos son solteros, casados, viudos, divorciados o si cohabitan, casi todos buscan o mantienen relaciones íntimas —como parejas románticas y como amigos cercanos. La intimidad, parte esencial de un vínculo duradero, satisfactorio y emocional, constituye la base de la amistad y del amor.

Amistades adultas

Como apuntó Beverly Fehr (1996), las amistades son el aspecto esencial de la vida adulta. Aunque como lo plantea Fehr “Hay tantas definiciones de la amistad como científicos sociales que la estudian”, todas tienen ciertos elementos en común. Los amigos íntimos son personas en quienes confiamos y a las que acudimos cuando tenemos problemas; siempre están dispuestos a ayudar

y compartimos con ellos momentos agradables. Igual que las relaciones románticas, las amistades suelen caracterizarse por un vínculo emocional positivo, por la satisfacción de necesidades y por la interdependencia (Brehm, 1992). Retomaremos este tema en el capítulo 15; por ahora obsérvese que la amistad posee elementos muy afines a los del amor.

Teoría triangular del amor propuesta por Sternberg

La teoría triangular del amor que propuso Robert Sternberg (1986) demuestra las complejidades que supone establecer relaciones amorosas. Afirma que el amor tiene tres componentes, como se observa en la figura 13-4. El primero es la **intimidad**, sensación de cercanía que ocurre en este tipo de relaciones. Es sentirse unido o vinculado al ser querido. Queremos hacer cosas para que la persona amada tenga una vida mejor. Nos une a ella un auténtico cariño y nos sentimos felices cuando está cerca de nosotros. Contamos con ella cuando la necesitamos y procuramos darle a cambio todo nuestro apoyo. Los que se aman comparten actividades, posesiones, pensamientos y sentimientos. En efecto, el compartir es quizás el factor decisivo que convierte un noviazgo en un matrimonio amoroso o en una relación parecida al matrimonio.

La **pasión** es el segundo componente del amor. Indica la atracción física, la excitación y el componente sexual de la relación. Las necesidades sexuales son importantes, pero no son la única fuente de motivación. También intervienen las necesidades de autoestima, afiliación y afecto. Unas veces, la intimidad culmina en la pasión; otras, la pasión aparece primero. En ocasiones hay pasión sin intimidad o intimidad sin pasión (como sucede en una relación fraternal).

El tercer componente del triángulo amoroso de Sternberg incluye **decisión y compromiso**. Dicho componente presenta aspectos a corto y a largo plazos. El primero es la decisión o el darse cuenta de estar enamorado. El aspecto a largo plazo es el compromiso de cultivar ese amor. Una vez más puede variar la relación entre este componente y los dos restantes. Para demostrar las combinaciones posibles, Sternberg (1986) ideó la taxonomía

intimidad Sensación de contacto estrecho que se experimenta en las relaciones amorosas.

pasión Segundo componente del amor que se refiere a la atracción física, la excitación y la conducta sexual en una relación.

decisión y compromiso Darse cuenta de estar enamorado y hacer el compromiso de mantenerlo.

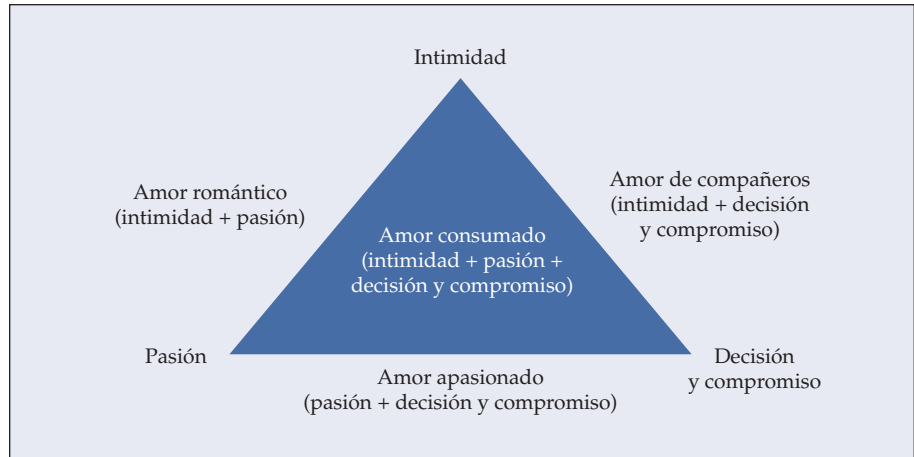


Según Sternberg, la intimidad es la principal característica de una relación amorosa.

Figura 13-4

Teoría triangular del amor propuesta por Sternberg

Fuente: adaptado de Feldman (1998).



de las relaciones amorosas que aparece en la tabla 13-1. Por supuesto la mayoría de la gente desea una relación matrimonial en la que predomine el amor consumado. Pero más de una pareja ha confundido el apasionamiento con el amor; en muchos matrimonios la pasión desaparece y entonces la esencia de la relación se torna no romántica.

La intimidad puede destruirse si se niegan los sentimientos, en especial el enojo. El temor al rechazo también la bloquea, sobre todo cuando produce una falsa identidad que tiende a satisfacer al otro y no las necesidades personales más importantes. El cortejo tradicional y los patrones del noviazgo pueden desalentar incluso la intimidad, si sólo abarcan intercambios superficiales y apariencias. Hay conductas que son aún más nocivas para la intimidad: el sexo informal, la franqueza brutal y una falsa indiferencia no son tierra fértil para la intimidad (McCary, 1978).

Tabla 13-1 Taxonomía de las clases de amor basada en la teoría triangular del amor propuesta por Sternberg

Clase de amor	Componente		
	Intimidad	Pasión	Decisión y compromiso
Cariño	+	—	—
Entusiasmo	—	+	—
Amor vacío	—	—	—
Amor romántico	+	+	—
Amor fraternal	+	—	+
Amor apasionado	—	+	+
Amor consumado	+	+	+

Nota: + = componente presente; — = componente ausente. Estos tipos de amor representan casos límites basados en la teoría triangular del amor. La mayoría de las relaciones amorosas encaja entre las categorías porque los componentes del amor se expresan a lo largo de un continuo, no en forma diferenciada.

Fuente: Sternberg (1986).

Formación y desarrollo de la pareja

La formación y el desarrollo de la pareja son elementos importantes del desarrollo adulto. Una parte de la identidad personal se adquiere por ser miembro de una pareja relativamente estable. Es, pues, indispensable entender cómo se escoge la pareja y por qué algunos deciden casarse y otros prefieren cohabitar.

Cuando Arland Thornton (1989) analizó cómo habían cambiado las actitudes y los valores concernientes a la vida familiar desde finales de la década de 1950 hasta mediados de la de 1980, descubrió un debilitamiento notable y generalizado de las normas que exigen que las parejas se casen, sigan casadas, procreen, tengan relaciones íntimas sólo dentro del matrimonio y mantengan separados los roles del hombre y de la mujer. Como veremos, se ha atenuado la fuerza de las creencias compartidas socialmente, según las cuales las personas “deben” o “deberían” seguir ciertos patrones en el matrimonio y en la formación de la familia. Con todo, aunque en la actualidad se aceptan diversos patrones de familia, la mayoría de la gente sigue escogiendo un estilo de vida familiar tradicional —que abarca el matrimonio y la procreación.

Elección de cónyuge ¿Cómo elegimos a nuestro cónyuge? ¿Tomamos esta decisión trascendental basándonos en la semejanza, es decir, escogemos a personas que se parecen a nosotros? ¿O algunos factores emocionales y ambientales más complejos nos llevan a cierto tipo de persona? Con los años, varios teóricos han tratado de contestar estas preguntas. Sus conclusiones muestran, por lo menos, que la elección es mucho más compleja de lo que parecería a primera vista.

Freud fue uno de los primeros teóricos que intentó explicar por qué nos casamos. Una piedra angular de su teoría psicoanalítica es la atracción amorosa que el niño siente por el progenitor del sexo opuesto (vea el capítulo 1), atracción que más tarde “transferirá” a un objeto socialmente aceptable: la posible pareja. (Por tanto, quizá tenga razón la vieja canción que dice “Quiero una muchacha como la que se casó con mi querido padre”.) Sin embargo, como tantos otros aspectos de la teoría freudiana, tampoco éste cuenta con pruebas concluyentes producto de las investigaciones.

La *teoría de las necesidades complementarias* (Winch, 1958) se basa en el viejo principio de que los polos opuestos se atraen. Así, un hombre dominante se sentirá atraído por una mujer sumisa o un hombre tranquilo por una mujer dinámica y extrovertida, y a la inversa. La *teoría instrumental de la selección de pareja*, ideada por Richard Centers (1975), también se concentra en la gratificación de las necesidades, pero establece que algunas de éstas (como el sexo y la afiliación) son más importantes y que algunas son más apropiadas para el hombre y otras para la mujer. Según Centers, nos sentimos atraídos hacia personas con necesidades semejantes o complementarias a las nuestras.

Según la *teoría de estímulo, valor y función* formulada por Bernard Murstein (1982), la elección de pareja nace del intento por lograr la más idónea posible. Cada persona examina las cualidades y deficiencias de la otra para determinar si la relación vale o no la pena. Este análisis tiene lugar en las tres etapas del cortejo. Durante la etapa de *estímulo*, cuando un hombre y una mujer se conocen o se ven por primera vez, hacen un juicio inicial sobre el aspecto, personalidad e inteligencia del otro. Si las primeras impresiones son favorables, la pareja pasa a la segunda etapa, la de *comparación de valores*. En ésta, sus conversaciones revelan si son compatibles sus intereses, actitudes, creencias y necesidades. En la etapa final, la de *la función*, la pareja decide si puede desempeñar funciones compatibles en el matrimonio o en otra relación a largo plazo.

De acuerdo con un estudio realizado durante seis meses con parejas estables de universitarios (Adams, 1979), la atracción inicial se basa en cualidades bastante superficiales: atractivo físico, carácter gregario, porte e intereses comunes. La relación se refuerza con las reacciones de otros (incluido el hecho de ser



El matrimonio adopta muchas formas según la cultura, pero es un hito muy importante prácticamente en todas.

considerados como pareja) y por sentirse cómodos cuando están juntos. La pareja inicia entonces una etapa de compromiso e intimidad que produce mayor atracción y enamoramiento. Examinan los puntos de vista del otro y sus sistemas de valores al hacer un compromiso. En esta fase, la pareja a menudo cree estar preparada para tomar decisiones respecto del matrimonio.

Por último, tenemos la *teoría del sistema familiar* (McGoldrick, 1980), según la cual la formación de la pareja conlleva la creación de una nueva estructura y el proceso de conocerse mejor. Es indispensable negociar los límites, de ahí que la pareja redefina poco a poco sus relaciones con los otros —familiares y amigos— y entre sí. Ocurren muchos cambios informales en la relación. Además, algunos acontecimientos más formales, como la ceremonia matrimonial, establecen límites concretos a la pareja.

Matrimonio En Estados Unidos conviven muchas subculturas con patrones de estilos de vida adulta propios. Con todo, el matrimonio monógamo es, sin duda, el de mayor aceptación y el tipo de estilo de vida más común. En ese país más de 90 por ciento de los hombres y las mujeres se casará algún día. Muchas culturas aprueban el sexo sólo dentro del matrimonio. La preparación para el matrimonio a veces incluye rituales complejos: salir juntos, cortejo y compromiso. La ceremonia nupcial simboliza el vínculo; después se definen los nuevos roles conyugales en relación con la pareja y con el resto de la sociedad. La comunidad aprueba la unión, que deberá ofrecer apoyo emocional, gratificación sexual y seguridad económica a la pareja y a su familia. La exigencia de fidelidad varía mucho de una cultura a otra y también entre los individuos.

Por ejemplo, en las culturas árabes tradicionales, los parientes mayores organizan rigurosamente la transición a la vida matrimonial. Tan pronto como la mujer llega a la pubertad, la familia intenta preservar a toda costa su virginidad mediante una estrecha vigilancia. Una vez escogido el prometido, se prohíbe todo contacto con hombres, incluido el novio. A los jóvenes también se les excluye del proceso de cortejo. Sus parientes mayores seleccionan a las jóvenes elegibles y a sus familias. Los ancianos se encargan de efectuar las negociaciones sobre el precio de la novia. Para conservar los activos de la familia y proteger su honor, se prefieren los “matrimonios entre primos” con la hija del hermano del padre. De este modo, una familia se asegura de que la joven esposa sea acompañada y protegida en forma aceptable (Goode, 1970).

Aunque en Estados Unidos los matrimonios por lo general no están sujetos a tal investigación y negociación prenupcial, se restringen mucho las relaciones que violan los límites sociales, económicos, religiosos o étnico-raciales. Los grupos de la comunidad y las instituciones sociales, lo mismo que los padres, no ven con buenos ojos los matrimonios “mixtos” de cualquier tipo; sin embargo, estas uniones cada vez gozan de mayor aceptación social. Por ejemplo, las investigaciones señalan que uno de cada cinco estadounidenses ha tenido una relación afectiva con una persona de otra raza (Porterfield, 1973) y que, en 1996, había ya 1,260,000 parejas interraciales en el país (U.S. Census Bureau, 1997).



Si bien todas las parejas enfrentan problemas de fidelidad, compromiso y estabilidad, estos temas son especialmente importantes para las parejas que cohabitan.

Alternativas al matrimonio formal Según la pareja, la cohabitación o unión libre puede parecerse o no al matrimonio formal. Ésta no tiene la aprobación social ni las responsabilidades legales del matrimonio tradicional, pero a cambio ofrece mayor libertad a la pareja para que diseñe sus roles según lo desee. Se caracteriza por un reconocimiento franco de que la pareja no está casada. Es difícil presentar estadísticas confiables por la renuencia de algunos a proclamar su relación y también por la naturaleza a menudo transitoria de la cohabitación. La Oficina de Censo de Estados Unidos señala un gran aumento en el número de parejas que abiertamente admiten vivir en unión libre, sobre todo entre los jóvenes. En la población general, la cohabitación aumentó casi ocho veces entre 1970 y 1996, de 523,000 a 3,958,000 parejas (U.S. Census Bureau, 1997). Entre las

personas menores de 25 años, se registró un incremento multiplicado por 15: de 55,000 parejas en 1970 a 816,000 en 1996. La mayoría (64 por ciento) no tiene hijos, pero ese porcentaje incluye a un millón de familias que sí los tienen. Casi todas estas personas son adultos jóvenes; la edad de 59 por ciento fluctúa entre 25 y 44 años (U.S. Census Bureau, 1997). A medida que la unión libre vaya ganando aceptación, el matrimonio puede que pierda importancia como medio de sanción formal del sexo (Thornton, 1989).

Se estima que más o menos una tercera parte de las parejas que viven en unión libre termina por casarse. Aunque la gran mayoría planea hacerlo, no siente tanta urgencia como quienes nunca han cohabitado. Las parejas que acaban casándose no necesariamente se comunican mejor ni encuentran mayor satisfacción en el matrimonio que las parejas que no vivían juntas antes del matrimonio (Demaris y Leslie, 1984). Como las parejas que no se casan suelen separarse, es infrecuente encontrar una que dure mucho tiempo. Philip Blumstein y Pepper Schwartz (1983) no pudieron encontrar una cantidad suficiente de heterosexuales que llevaran juntos más de 10 años para poder analizar los datos, aunque sí hallaron la cantidad necesaria de parejas de homosexuales y lesbianas que habían cohabitado por ese tiempo. Sin duda, este último dato se relaciona con las leyes contra el matrimonio de homosexuales, las cuales sólo hasta hace poco comenzaron a reconsiderarse en Estados Unidos, a menudo a despecho de las protestas de los heterosexuales.

La unión libre supone muchas de las funciones que enfrentan los recién casados en el establecimiento de sus relaciones. Hay que resolver los conflictos mediante un complejo proceso de “negociación y acuerdos colectivos” (Almo, 1978), por lo que resulta indispensable una comunicación constante y eficaz. Al igual que en el matrimonio, hay un esfuerzo constante por lograr una buena comunicación. De hecho, puede ser aún más importante y más difícil dentro de los límites tan vagos de la cohabitación.

Por último, la pareja que vive en unión libre debe resolver los problemas de compromiso, fidelidad y estabilidad. Los amoríos son más probables entre los hombres y las mujeres en una relación de cohabitación que entre los casados (Blumstein y Schwartz, 1983). Esto contribuye a crear mayor tensión que la que se observa en los matrimonios, o entre las parejas establecidas de homosexuales y lesbianas (Kurdek, y Schmitt, 1986). De acuerdo con un estudio (Almo, 1978), a las parejas les resulta difícil encarar abiertamente tales problemas, a pesar del entrañable afecto que se profesan. La mayor parte de las parejas hacen un compromiso claro —aunque tácito— con el otro antes de empezar a convivir. El compromiso se funda en el deseo mutuo de cierta clase de estabilidad que les permita planear el futuro, sin perder su flexibilidad. No siempre exigen la exclusividad sexual o fidelidad. Algunas parejas consideran tabú las relaciones sexuales fuera de su relación. Otras aceptan de manera explícita que el compañero puede tenerlas, aunque por lo general uno de los dos lo propone y el otro lo acepta.

Una alternativa al matrimonio o a la cohabitación consiste en permanecer soltero, según se comenta en el recuadro “Teorías y hechos” de la página 454.

REPASE Y APLIQUE

1. Describa los tres componentes de la teoría triangular del amor propuesta por Sternberg, así como los siete tipos de relaciones amorosas derivadas de la teoría.
 2. ¿Cómo se explica la selección de la pareja en la teoría psicoanalítica, la teoría de las necesidades complementarias, la teoría instrumental de la selección de la pareja y la teoría de estímulo, valor y función?
 3. ¿En qué se distinguen la cohabitación y el matrimonio?
-

TEORÍAS Y HECHOS

LA SOLTERÍA

En muchos periodos de la historia, la soltería fue a menudo un resultado desafortunado de desastres naturales o de guerras. Se le consideraba, y en cierto modo sigue considerándosele, como signo de anormalidad o inmadurez. Los casados tienen una imagen estereotipada de los solteros; por ejemplo, que son personas promiscuas y “perdedoras”. Se cree que los promiscuos llevan una vida emocionante y desenfrenada, con pocas restricciones. El perdedor estereotipado es un individuo físicamente poco atractivo sin características intelectuales o de personalidad que compensen esto, a quien le gustaría casarse, pero no encuentra quien lo acepte. ¿Tienen algo de verdad semejantes estereotipos?

Algunas veces, sí. Si bien hay individuos que encajan en las descripciones anteriores, al menos por cierto tiempo, la gente cambia. Sin embargo, si queremos entender la soltería debemos ponerla en una perspectiva histórica. De manera periódica, numerosos grupos de personas permanecen solteros. Así,

a fines de la década de 1930, cuando Estados Unidos empezaba a recuperarse de la Gran Depresión, se casaban menos personas y a una edad mayor. Esta tendencia se prolongó durante la Segunda Guerra Mundial, cuando millones de mujeres temporalmente solas ingresaron a la fuerza laboral mientras su esposo o su novio combatían y morían en el frente de batalla. Terminada la guerra, la situación cambió de manera radical. A mediados de la década de 1950, sólo 4 por ciento de los adultos en edad de casarse permanecían solteros, y la edad de las primeras nupcias fue la más baja de la historia. Permanecer soltero volvió a ponerse de moda entre las décadas de 1970 y 1980: la tasa de matrimonios entre solteros menores de 45 años bajó a un nivel igual al periodo posterior a la Depresión. En 1996, 26.8 por ciento de la población estadounidense mayor de 18 no estaba casada, 2.7 había enviudado y 8.4 por ciento estaba divorciada (U.S. Census Bureau, 1997).

La elección de la soltería como estilo de vida a veces es deliberada: un equilibrio entre libertad y restricción,

autosuficiencia e interdependencia. A algunos comentaristas les preocupa la tendencia decreciente de los matrimonios y el aumento de los divorcios. ¿Estamos en una sociedad demasiado fascinada con la libertad y la autonomía a costa de las obligaciones interpersonales (Weiss, 1987)? Más de un observador ha manifestado temores ante los efectos de estos estilos de vida individualistas y la preferencia por el libre albedrío en detrimento de los vínculos entre generaciones y los roles interdependientes (Hunt y Hunt, 1987).

Muchos escogen la soltería para disfrutar de las relaciones íntimas sin las restricciones y los problemas del matrimonio. No quieren sentirse atrapados por una pareja que les obstaculice el desarrollo personal. Tampoco quieren sentirse aburridos, tristes, irritados, sexualmente frustrados ni solitarios, aunque vivan con una persona de quien han ido distanciándose. Al observar la separación de sus amigos casados, piensan que la soltería es una opción mucho mejor

Paternalidad (maternalidad) y desarrollo del adulto

El nacimiento de un hijo impone nuevos roles y responsabilidades al padre y a la madre. Les confiere, además, otro estatus social (Hill y Aldous, 1969). La llegada de un hijo significa una serie de tensiones físicas y psicológicas: alteración de las rutinas del sueño, gastos, aumento de la tensión y conflictos de diversos tipos. La madre se siente cansada; descuidado el padre, y ambos cónyuges piensan que han perdido parte de su libertad. Su intimidad y su camaradería pueden disminuir con la llegada de un nuevo miembro de la familia, y la atención de uno o de los dos a veces se concentra en el niño (Komarovsky, 1964).

Los desafíos y las exigencias de la paternidad representan una importante fase en el desarrollo de los padres como individuos y de la pareja como sistema (Osofsky y Osofsky, 1984). Factores importantes en este caso son hacer la transición correspondiente y aprender a enfrentar la crianza.

El ciclo de la vida familiar

Las familias pasan por un ciclo predecible en su vida familiar, caracterizado por hechos concretos (Birchler, 1992). El primer hito ocurre cuando el individuo deja a su familia de origen. La separación puede realizarse en el momento del matrimonio o antes, si opta por la independencia y vive solo o con amigos. El segundo hito suele ser el matrimonio, con los ajustes que conlleva establecer

una relación con otra persona y con otra red familiar, la del cónyuge. El tercer hito es el nacimiento del primer hijo y el inicio de la paternidad (maternidad). Hay otros hitos: la inscripción del primer hijo en la escuela, el nacimiento del último hijo, la partida del último hijo y la muerte del cónyuge.

En los últimos 50 a 100 años, han cambiado los tiempos y la naturaleza del ciclo familiar. Hoy no sólo viven juntas más personas durante más tiempo, sino que también ha cambiado su edad en varios momentos del ciclo y la duración entre los hitos. Por ejemplo, el tiempo entre la partida del último hijo y la jubilación o muerte del cónyuge ha aumentado y seguirá aumentando.

La transición a la paternidad (maternidad)

Esta transición es uno de los periodos centrales en el ciclo de la vida familiar. A menudo la familia y la cultura ejercen presión para tener un hijo —cambio que es irrevocable. En comparación con los roles propios del matrimonio, los roles y responsabilidades de tener un hijo persisten a pesar de las circunstancias cambiantes de la vida (Rossi, 1979), y exigen muchas adaptaciones y ajustes. Los recién casados disfrutaban a menudo un nivel relativamente alto de vida cuando trabajan los dos y no deben mantener a un hijo. Compran automóviles, muebles y ropa. Con frecuencia comen fuera de casa y gozan de numerosas actividades recreativas. Este estilo de vida llega a un fin abrupto con el nacimiento del primer hijo (Aldous, 1978).

Entre los efectos que esta transición tiene en determinados dominios de la vida personal y familiar se encuentran los siguientes (Cowan y Cowan, 1992):

- *Cambios en la identidad y en la vida interior.* Se modifican tanto el sentido del yo de los padres como sus suposiciones respecto del funcionamiento de la vida familiar.
- *Cambios en los roles y en las relaciones dentro del matrimonio.* La división del trabajo entre los padres cambia en un momento en que se sienten presionados por la alteración del sueño y porque no pueden estar juntos tanto como desearían.
- *Cambios en los roles y en las relaciones entre generaciones.* La transición influye también en los abuelos.
- *Cambio en los roles y en las relaciones fuera de la familia.* Los cambios externos influyen sobre todo en la madre, pues seguramente interrumpirá su carrera al menos en forma temporal.
- *Nuevos roles y relaciones de paternidad (maternidad).* La pareja debe cumplir con las nuevas responsabilidades relacionadas con la crianza del hijo.

Aunque comparten muchas preocupaciones, el padre y la madre exteriorizan reacciones diferentes cuando nace su primer hijo. La mujer ajusta su estilo de vida para dar prioridad a los roles maternos y familiares. Por su parte, el hombre pone más empeño en su trabajo para garantizar el sustento de su familia. Con la llegada del niño se presentan nuevas tensiones y dificultades, y los roles cambian con mayor rapidez (Rossi, 1979). Los padres experimentan sentimientos de orgullo y emoción, aunados a una mayor responsabilidad que puede resultar abrumadora. A algunos hombres les causa envidia la capacidad de su esposa para establecer un vínculo emocional tan estrecho con el bebé. La pareja necesita reservar un poco de tiempo para estrechar su relación y cultivar otros intereses. Después del nacimiento de un hijo, en muchos matrimonios surgen problemas sexuales, disminuyen la comunicación y los intereses comunes, y aumentan los conflictos (Osofsky y Osofsky, 1984).

Sin embargo, el nacimiento del primer hijo marca una transición más que una crisis (Entwistle, 1985). Casi todas las parejas señalan que el ajuste no fue tan difícil (Hobbs y Cole, 1976). Por ejemplo, las madres, en su mayoría, no sufren



Durante el embarazo, ambos cónyuges se ofrecen apoyo emocional.



Los progenitores con gran autoestima se ajustan mejor a la paternidad (maternidad) que los que tienen poca autoestima.

la depresión de posparto (vea el capítulo 2). Experimentan, más bien, una ligera “tristeza por el bebé” durante dos o tres días; y es posible que entre 10 y 20 por ciento de ellas ni siquiera pase por eso (O’Hara y otros, 1990). Además, un estudio reciente (Belsky y Rovine, 1990) reveló que entre 20 y 35 por ciento de las parejas experimentan mayor satisfacción conyugal.

Varios factores influyen en el ajuste de los padres a sus nuevas funciones. El apoyo social, en especial del marido, es muy importante para la madre (Cutrona y Troutman, 1986). La felicidad conyugal durante el embarazo es otro factor decisivo en el ajuste de ambos (Wallace y Gotlib, 1990). De hecho, en la adaptación del padre influye profundamente la evaluación que haga la madre de su matrimonio y de su embarazo (Wallace y Gotlib, 1990).

La autoestima de los padres es otro factor, pues los que tienen una gran autoestima suelen lograr un ajuste adecuado (Belsky y Rovine, 1990b). También son importantes las características del niño. Por ejemplo, a menudo disminuye la satisfacción conyugal de los padres de bebés “difíciles” (vea el capítulo 5) (Belsky y Rovine, 1990b; Crockenberg, 1986). Finalmente, como se comenta en el recuadro “Estudio de la diversidad” en la página siguiente, la edad en que se procrea influye de modo considerable en la adaptación a la paternidad y la maternidad.

Cómo se enfrentan las etapas del desarrollo de los hijos

Las exigencias impuestas a los padres varían con cada periodo del ciclo de la vida familiar. Un bebé necesita una atención casi total y constante, y algunos progenitores la dan con mayor facilidad que otros. Algunos se sienten abrumados por la gran dependencia de sus hijos. Otros no soportan el llanto. Los gemidos del niño pueden provocar sentimientos de impotencia y hasta de ira al padre o a la madre.

Cada periodo crítico del desarrollo infantil produce o reactiva un periodo también crítico de los progenitores (Benedek, 1970). De acuerdo con una teoría (Galinsky, 1980), en la paternidad o maternidad existen seis etapas. En la *etapa de formación de la imagen*, que abarca desde la concepción hasta el nacimiento, la pareja genera una imagen del tipo de padres que serán y evalúa el desempeño

En ocasiones los progenitores saben tratar mejor a sus hijos en una etapa del desarrollo que en otra.



ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD

POSPOSICIÓN DE LA PATERNIDAD (MATERNIDAD)

En la colonia de Plymouth, el número medio de hijos por familia era de nueve. En 1850, la familia estadounidense común tenía seis hijos, y los padres difícilmente sobrevivían más allá de los 50 años. En la actualidad, la familia media tiene sólo dos o tres hijos, la esperanza promedio de vida se alarga hasta bien entrados los 70 años y, por tanto, el tiempo de procreación es mucho más flexible. Por ejemplo, una mujer puede dejar de trabajar por algún tiempo para criar a los hijos —quizá nueve años si tiene tres— y aun así pasar de 35 a 40 años en la fuerza de trabajo (Daniels y Weingarten, 1982). ¿Qué efectos se observan en el desarrollo adulto y en el ciclo de la vida familiar cuando la procreación se aplaza cinco, 10 o 15 años? ¿Cuáles son sus ventajas e inconvenientes?

Leila Josephs (1982) dio seguimiento a varias madres primerizas mayores durante los dos primeros años con su primogénito. La mayoría había logrado seguridad y estabilidad en su vida. Ya habían resuelto algunos de los problemas del desarrollo adulto y habían adquirido recursos financieros. Su

profesión les había enseñado a organizarse, ser competentes y estar motivadas; casi siempre se servían de este entrenamiento para obtener una educación esmerada y prepararse para el parto y la crianza.

Pero ni aun la mejor educación podía prepararlas para la desorganización que el hijo traía a su vida. Como profesionistas acostumbradas a tener control sobre su vida, estas mujeres se sentían molestas por no poder controlar al hijo y por la necesidad de ser flexibles y pacientes. A menudo les resultaba difícil simplemente relajarse con él. Acostumbradas a disponer de tiempo para sus intereses personales y profesionales, muchas veces se sentían demasiado cansadas para ello o demasiado atareadas con el cuidado del niño. La relación con el hijo no satisfacía su necesidad de estimulación intelectual. En general, sus expectativas diferían de las realidades que encaraban como madres.

En una investigación más completa de madres y padres en sus 30, 40 y 50 (Daniels y Weingarten, 1982), se compararon los efectos de tener el primer hijo a los 20, 30 y 40 años de edad. Los investigadores detectaron numerosas diferencias. Una edad no era necesariamente mejor que otra para afrontar

las funciones de la crianza; pero casi todos los progenitores coincidieron en que las múltiples exigencias planteaban un gran reto a su desarrollo. Algunos padres señalaron que en un principio no participaban mucho en la crianza de sus hijos, pero que quedaban “enganchados” cuando alcanzaban cierta etapa del desarrollo o por un determinado acontecimiento. Para algunos, el cambio se producía cuando podían compartir intereses especiales con su hijo; otros se sentían más cerca de él cuando llegaba la adolescencia. La enfermedad de un hijo era un hecho drástico que los hacía despertar a las realidades de la paternidad.

Aunque la procreación tardía a veces impone muchos ajustes iniciales al estilo de vida y las actitudes, casi todos los progenitores que traen al mundo un hijo después que la mayoría, dicen que aprecian más la enorme riqueza de la crianza que si hubieran tenido a sus hijos a edad más temprana. Además, muchos creen que, cuando eran jóvenes, estaban demasiado concentrados en sus necesidades y metas personales o en sus relaciones conyugales para apreciar cabalmente la función de padre o madre.

previsto con sus criterios de perfección. En la *etapa de crianza*, desde el nacimiento hasta los dos años de edad (para ser más exactos, hasta que el niño comienza a decir “¡No!”), los padres se sienten apegados a su hijo y tratan de conciliar las necesidades del niño con el compromiso emocional y el tiempo que dedican al cónyuge, a los amigos y a los padres. En la *etapa de la autoridad*, tiempo comprendido más o menos entre el segundo y el quinto cumpleaños del niño, comienzan a cuestionar el tipo de padres que han sido y que serán. Se produce el crecimiento cuando se dan cuenta de que a veces ni ellos ni su hijo corresponden a su imagen de perfección.

Durante la *etapa interpretativa* —los años de la niñez media—, los padres reexaminan y prueban muchas de sus teorías más arraigadas. Cuando su hijo llega a la adolescencia, pasan por la *etapa de interdependencia*, en la cual han de redefinir la relación de autoridad que tienen con su hijo en esa fase de la vida. Algunos se sorprenden compitiendo o comparándose con sus hijos. Por último, en la *etapa de la partida*, cuando los hijos ya crecidos abandonan el hogar paterno, los progenitores no sólo deben permitirles independizarse, sino que encaran la dura y, en ocasiones, desagradable tarea de valorar sus experiencias como padres. Durante cada etapa, es necesario que los padres sepan resolver sus conflictos personales en un nivel nuevo y más avanzado de integración; de lo

contrario, no conseguirán enfrentar sus sentimientos. Las tensiones sin resolver pueden deteriorar las relaciones matrimoniales o la capacidad de cumplir bien las obligaciones de padres.

Los progenitores que no pueden tratar en forma adecuada a sus hijos en una etapa quizá sean excelentes en otra. Por ejemplo, es posible que aquellos que tienen problemas con un bebé sean muy buenos padres con un preescolar o con un adolescente. Puede suceder lo contrario: el progenitor que atiende bien a un pequeño desvalido posiblemente tenga problemas con un adolescente cada día más independiente.

En todas las fases del ciclo de vida familiar los progenitores no sólo han de encarar las nuevas dificultades y demandas que les plantean sus hijos cambiantes y en desarrollo, sino que también deben renegociar su relación conyugal (Carter y McGoldrick, 1980). Tienen que establecer formas para tomar decisiones y resolver conflictos que preserven la integridad y el respeto mutuos. Los sistemas en que una persona predomina y la otra siempre adopta una actitud pasiva suelen disolverse con el tiempo. Por ejemplo, las presiones creadas por la rebeldía del adolescente y su búsqueda de independencia exigen que la pareja adapte el sistema familiar para dar cabida al joven casi autónomo. Un sistema familiar demasiado rígido o estructurado no podrá ajustarse a las necesidades emergentes del niño.

Las exigencias de ser un progenitor solo

Las presiones de la paternidad (maternidad) son particularmente intensas para los progenitores solos que en su gran mayoría son mujeres que trabajan. Estas familias cada día son más comunes en Estados Unidos. A mediados de la década de 1970, uno de cada siete niños pasaba parte de su infancia sin uno de sus padres. Desde entonces, las familias de un solo progenitor han aumentado a un ritmo 10 veces mayor que las familias tradicionales de dos progenitores. La tendencia es aún más acentuada entre mujeres jóvenes. En 1995, casi una tercera parte de las familias eran sostenidas por madres solteras (U.S. Census Bureau, 1997).

He aquí una estadística interesante: en 1994, 1,191,000 matrimonios terminaron en divorcio. Ese mismo año, el índice de divorcios por cada 1,000 matrimonios fue de 4.6, o sea 11 por ciento menor que entre 1979 y 1981, en los cuales se registró la cifra más elevada (Clarke, 1995; National Center for Health Statistics, 1995). Se prevé que por cada tres matrimonios exitosos fracasen dos (Clarke, 1995). Los fracasos se concentran en los primeros siete años de matrimonio; el matrimonio de los divorciados tiene una duración media de 7.2 años. Aunque el divorcio puede ocurrir a cualquier edad, suele darse más al inicio de la vida adulta. Por ejemplo, en 1995 el índice de divorcios entre los varones fue de 32.8 por cada 1,000 hombres casados en el grupo de edad de 15 a 19 años y de 50.2 por cada 1,000 casados en el grupo de edad de 20 a 24 años (vea la figura 13-5). En el caso de las parejas que se casan por primera vez, se estima que sólo una de cada ocho se divorcia después de los 40 años de edad (Uhlerberg y otros, 1990).

Familias encabezadas por la madre ¿A qué se debe el explosivo número de familias encabezadas por una mujer? Hay varios factores que lo explican (Ross y Sawhill, 1975). En las décadas de 1960 y 1970, la causa principal fue el aumento del índice de divorcios, acompañado por la tradición de conceder a la madre la custodia de los hijos. El índice alcanzó su nivel máximo en 1979 y otra vez en 1981, pero desde entonces ha vuelto al nivel de 1974 (National

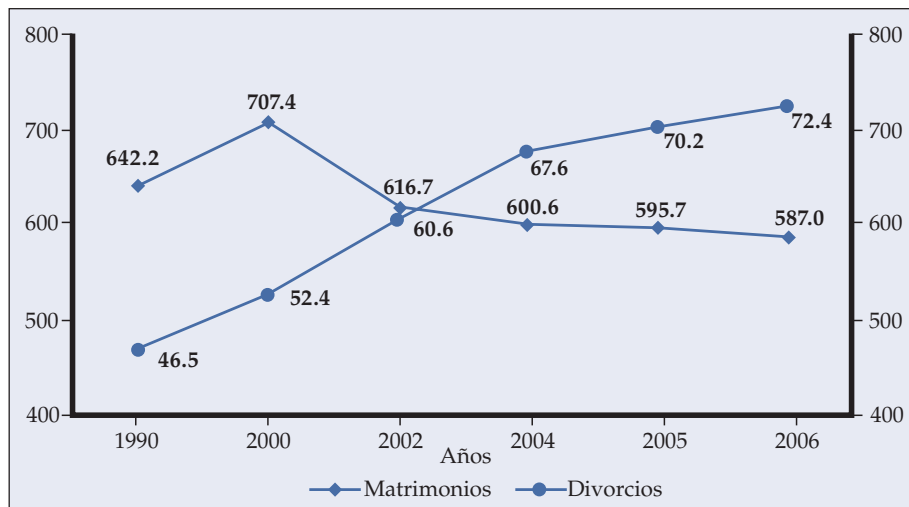


Figura 13-5

Matrimonios y divorcios en México, años seleccionados 1990-2006 (miles)

Fuente: 1990 a 2006: INEGI. Estadísticas Vitales. Bases de datos.

Center for Health Statistics, 1995). El siguiente gran aumento se registró entre las madres que nunca se casaron. En 1994, a ellas correspondió 32.6 por ciento de los nacimientos; el porcentaje fue de 70.4 entre las afroamericanas (U.S. Census Bureau, 1997). Tercero, un incremento sustancial en el número de madres que se separaron de su esposo, pero sin que se divorciarán.

O también se podría usar la siguiente tabla sobre los divorcios según la diferencia de edad entre la pareja:

Distribución porcentual de los divorcios registrados por diferencia de edad entre los divorciantes, 1990 a 2007.

Diferencia de edad entre los divorciantes	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Divorcios registrados	42 479	37 455	52 358	57 370	60 641	64 248	67 575	70 184	72 396	77 255
Edad igual	10.1	13.2	11.8	12.0	12.1	12.0	11.7	12.1	11.8	13.0
El hombre es mayor de 1 a 2 años	23.1	22.3	23.2	23.1	23.1	23.2	23.2	23.4	23.2	23.1
El hombre es mayor de 3 a 5 años	26.5	24.5	24.5	24.7	24.3	24.6	24.5	24.5	24.5	24.0
El hombre es mayor de 6 a 9 años	14.6	13.8	13.5	13.3	13.4	13.2	13.3	13.1	13.2	12.9
El hombre es mayor de 10 años	9.0	7.8	8.3	7.8	7.7	7.7	7.6	7.4	7.7	7.3
La mujer es mayor de 1 a 2 años	9.2	9.8	10.1	10.4	10.4	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5
La mujer es mayor de 3 a 5 años	4.9	5.2	5.5	5.6	5.6	5.6	5.9	5.6	5.7	5.8
La mujer es mayor de 6 a 9 años	1.7	2.1	2.1	2.2	2.2	2.2	2.3	2.2	2.4	2.3
La mujer es mayor de 10 años	0.8	1.3	1.0	1.0	1.1	0.9	1.0	1.1	1.0	1.0

Fuente: INEGI, estadísticas de nupcialidad, 2008.



La responsabilidad permanente puede terminar abrumando a los progenitores solos, sin importar su nivel socioeconómico.

Los investigadores señalan que el mejoramiento de la condición socioeconómica de la mujer constituye un factor importante en los cambios mencionados (Ross y Sawhill, 1975). Concluyen que, al mejorar las oportunidades de empleo y su estatus, las madres y los hijos pueden sobrevivir sin el esposo y sin el padre, por lo menos en el corto plazo. En realidad, para muchas madres solteras el estatus es temporal porque un elevado porcentaje vuelve a casarse.

La condición de madre soltera puede ser extenuante aun en las familias de clase media y trabajadora. El progenitor que debe encargarse solo del cuidado de sus hijos frecuentemente sufre niveles destructivos de estrés (McAdoo, 1995). Las mujeres siempre ganan menos que los hombres. A la mujer sin educación puede resultarle sumamente difícil llegar a fin de mes con su salario. En Estados Unidos, por ejemplo, a las mujeres que antes recurrían a la asistencia pública, la reforma de este servicio les impone nuevas exigencias y presiones, como se menciona en el recuadro "Tema de controversia", en la página 460.

Los hogares encabezados por una mujer son más numerosos y, a menudo, más pobres entre las afroamericanas. El 58 por ciento de estas familias con hijos menores de 18 años están encabezadas por una mujer sola (U.S. Census Bureau, 1997). Aunque menos de 3 por ciento de las familias pobres lo serán en forma indefinida, 62 por ciento de ellas son afroamericanas (Klein y Rones, 1989). La mayoría de los niños negros pasarán al menos la mitad de su niñez en la pobreza (Ellwood y Crane, 1990). En 1994, el ingreso familiar promedio de los hogares presididos por una mujer blanca era apenas 65 por ciento del de los matrimonios blancos. En el caso de las madres negras o hispanas, el ingreso era menos de la mitad del de los matrimonios blancos (U.S. Census Bureau, 1997). Esta información señala los problemas especiales que encaran los progenitores afroamericanos e hispanos solos.

Por otra parte, los afroamericanos e hispanos pobres suelen vivir en hogares en que conviven varias generaciones (Harrison y otros, 1990; Jackson y otros, 1990). Estos clanes familiares suelen incluir al padre o a la madre de la jefa de familia, y a otras personas que pueden o no ser parientes. Así, gracias al incremento de los recursos económicos, sociales y psicológicos con que cuenta, la madre se sentirá menos aislada y abrumada. Habrá menos quehaceres domésticos que realizar si el resto de la familia ayuda, pero la situación también representa una desventaja: en Estados Unidos el hecho de vivir con los padres significa menos probabilidades de recibir asistencia pública (Folk, 1996).

Familias encabezadas por el padre En Estados Unidos todavía es pequeño el porcentaje de padres que ganan la custodia de sus hijos después del divorcio, pero el número sigue creciendo y en la actualidad se aproxima a 10 por ciento. Otro 16 por ciento participa en acuerdos de custodia compartida (National Center for Health Statistics, 1995).

Si bien los padres solteros sufren muchos de los problemas y tensiones que afectan a la madre soltera, suelen hallarse en una mejor situación económica (Hetherington y Camara, 1984). Un perfil de estos hombres reveló que muchos habían asumido roles paternos muy completos antes de divorciarse (Pichitino, 1983). La mayoría mantiene un estrecho contacto emocional con sus hijos, destina mucho tiempo y esfuerzo a su cuidado, les preocupa fallarles o no pasar el tiempo suficiente con ellos. Sin embargo, sus experiencias paternales no siempre los preparan para cumplir con las exigencias que encaran cuando deben conservar el empleo y la familia al mismo tiempo. Muchos padres sienten la misma soledad y depresión que las madres. Además, igual que ellas, se dan cuenta de lo difícil que es mantener un círculo de amigos y otras fuentes de apoyo emocional (Pichitino, 1983).

TEMA DE CONTROVERSIA

EL IMPACTO DE LA REFORMA DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN LOS PROGENITORES SOLOS

En agosto de 1996, el Congreso de Estados Unidos aprobó la Ley de Responsabilidades Personales y Reconciliación de Oportunidades Laborales (*Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act*, PRWORA). Se trata de la primera gran reforma de la asistencia pública social en los 60 años transcurridos desde la aprobación del Programa de Apoyo a Familias con Hijos Dependientes (*Aid to Families with Dependent Children*, AFDC). La intención de ley era transformar la asistencia pública en un sistema que ayude a las madres a convertirse en trabajadoras independientes y autosuficientes, en lugar de alentarlas a ser receptoras dependientes y pasivas de una ayuda que tendía a hacerlas que transmitieran su dependencia económica a la siguiente generación. La forma exacta de lograrlo lo determinarían los estados en conformidad con tres parámetros: 1) establecer un cronograma relativamente rígido para realizar los programas estatales, 2) fijar límites inmediatos y permanentes a la recepción de los pagos asistenciales a la madre y 3), lo más importante, exigirle que trabajara para poder obtener los pagos y cualquier otro tipo de ayuda. En otras palabras, se trataba de invertir el ciclo de asistencia pública/pobreza.

Por ahora no conocemos la eficacia que ha tenido la reforma de la asistencia pública, aunque los resultados empiezan a darse. Basta con señalar que —basándonos principalmente en hechos aislados—

al parecer está funcionando mejor en algunos estados y para algunas madres. Por ejemplo, la transición al empleo no es tan difícil para las que están semicalificadas y tienen antecedentes laborales como para las que sólo pueden realizar trabajos no calificados y cuyos antecedentes laborales son escasos o nulos. Al arrancar el programa, la mayoría de los estados se han concentrado en los casos más fáciles; los difíciles están por venir.

No obstante, es posible explicar algunos de los problemas que la asistencia pública ha ocasionado a las madres solas, las cuales constituyen más de 90 por ciento de las beneficiarias. Importantísima es la cuestión de quién cuida a los niños mientras la madre trabaja fuera de casa. Las que viven en familias extendidas, como se comenta en la página 459, pueden hacer arreglos satisfactorios para que los cuiden en casa. Los turnos alternados son una posible solución para las parejas que reciben ayuda de la asistencia pública. Pero la transición resulta difícil para las madres solas que no viven con su familia. Escasean las instalaciones de cuidados diurnos y debido a la PRWORA la mayoría tiene largas listas de espera, hasta de varios meses en muchas comunidades. Por lo demás, se dispone de pocos fondos federales para ayudar al cuidado de los niños, y los centros especializados pueden ser muy caros. Otro problema más de las madres solas y no calificadas es que a menudo el empleo que encuentran exige trabajar cuando los centros no están abiertos. Los puestos de ingreso en las fábricas, bodegas e industrias de servicios (por ejemplo, limpieza y mantenimiento

de edificios, preparación de comidas y servicio en establecimientos de comida rápida) requieren muchas veces trabajar de noche y durante los fines de semana; pero los centros de cuidados diurnos atienden a empleados que trabajan de nueve de la mañana a cinco de la tarde y que permanecen en casa los fines de semana.

Por último, a las madres que logran resolver el problema del cuidado de sus hijos y que consiguen un empleo de tiempo completo se les paga el salario mínimo, que está por debajo de la línea de pobreza para una familia de tres miembros (*Children's Defense Fund*, 1998). Hay un hecho que es innegable: muchas madres solas no pueden sostener de manera adecuada a sus hijos aunque trabajen; y ha venido ensanchándose la disparidad entre lo que se gana y lo que se puede comprar con ello (*Children's Defense Fund*, 1998). ¿Qué les ocurrirá a las madres solas, trabajen o no, cuando dejen de recibir asistencia temporal en efectivo? ¿Tendrán que colocar a sus hijos en una institución de adopción? ¿Comenzarán los estados a hacer excepciones —para lo cual están facultados en circunstancias especiales— con una rapidez tal que el resultado se asemejará al antiguo sistema de asistencia? ¿O será cada vez mayor el número de madres solas e hijos que queden en el desamparo como aseguran Bassuk y otros (1996)?

Todo está por verse. Lo único cierto es que ya pasó a la historia la asistencia pública tal como la conocemos; lo que aún no sabemos con exactitud es con qué vamos a sustituirla.

REPASE Y APLIQUE

1. Mencione y defina los principales hitos en el ciclo de vida familiar.
2. ¿Cómo influye la transición a la paternidad (maternidad) en la vida personal y familiar de los progenitores?
3. Explique los desafíos que enfrentan los progenitores que deben encargarse solos de la crianza del niño.

El ciclo ocupacional

La vida laboral del adulto sigue lo que se llama el **ciclo ocupacional**. El ciclo comienza en la adolescencia con las ideas y experiencias que culminan en la



Ser progenitor solo o soltero no es más fácil para el padre que para la madre.

elección de una profesión; prosigue con el ejercicio de la profesión escogida y termina con la jubilación. Pero no suele ser tan simple y no siempre se realiza sin tropiezos. El adulto debe tomar decisiones importantes durante su vida laboral, las cuales pueden incluir cambiar de carrera más de una vez. En cualquier profesión hay momentos de duda y crisis, y acontecimientos especiales como recibir un ascenso o ser despedido afectan el curso de la carrera del individuo.

El trabajo influye mucho en nuestras actitudes y en nuestro estilo de vida. Determina si llevaremos una existencia móvil o relativamente estable, el tipo de comunidad en la que habitaremos y la clase de hogar y nivel de vida que tendremos. También incide en nuestras amistades, prejuicios y preferencias políticas.

En la presente sección examinaremos las etapas por las que se pasa durante la vida vocacional, algunos factores que inciden en la elección y preparación ocupacional, el proceso de ingresar en la fuerza de trabajo, de consolidar y conservar una carrera o quizá de cambiarla.

Etapas de la vida vocacional

Según Robert Havighurst (1964), el ciclo ocupacional comienza en la niñez media. Lo divide en una serie de etapas basadas en la relación que el individuo establece con el trabajo en distintos momentos de su vida y pone el acento en la adquisición de actitudes y habilidades laborales. Estas etapas son las siguientes:

1. *Identificarse con un trabajador* (de cinco a 10 años). Los niños se identifican con su padre o con su madre que trabajan y, por lo mismo, la idea de trabajar empieza a formar parte de su autoconcepto.
2. *Adquisición de los hábitos básicos de laboriosidad* (de los 10 a los 15 años). Los estudiantes aprenden a organizar su tiempo y sus actividades a fin de realizar tareas como el trabajo escolar o los quehaceres domésticos. Aprenden, además, a dar prioridad al trabajo sobre el juego cuando es necesario.
3. *Adquirir una identidad como trabajador* (de los 15 a los 25 años). Las personas escogen su ocupación y comienzan a prepararse para ésta. Adquieren la experiencia laboral que les ayuda a escoger una profesión y a iniciarse en ésta.
4. *Convertirse en persona productiva* (de los 25 a los 40 años). El adulto perfecciona las habilidades necesarias para desempeñar la ocupación escogida y para progresar en ésta.
5. *Mantener una sociedad productiva* (de los 40 a los 70 años). El trabajador se encuentra ahora en el nivel más alto de su carrera. Comienza a dedicar tiempo y atención a las responsabilidades sociales y cívicas que se relacionan con su empleo.
6. *Contemplar una vida productiva y responsable* (de los 70 años en adelante). El trabajador ya está jubilado. En una mirada retrospectiva, examina su carrera y sus aportaciones, tal vez con satisfacción (consúltese, en el capítulo 17, la etapa de *integridad frente a la desesperación* propuesta por Erikson).

Aunque el modelo de Havighurst es útil, no siempre se aplica en la sociedad moderna tan tecnológica y rápidamente cambiante. No todos pasan por una serie progresiva de etapas ni por un ciclo ocupacional único (Okun, 1984). Los jóvenes cambian de empleo antes de hacer un compromiso profesional serio; muchos adultos realizan uno o varios cambios a la mitad de su carrera. Estas modificaciones pueden ser resultado de factores que escapan al control de la persona, como cuando una compañía lleva a cabo una reestructuración y despidе empleados o cuando un puesto simplemente queda obsoleto. También pueden deberse a una reevaluación de la carrera, como cuando alguien llega al "tope" sin que pueda ya avanzar en su ocupación actual o cuando siente que ha agotado las posibilidades y decide dedicarse a otra cosa.

ciclo ocupacional Secuencia variable de periodos o etapas en la vida del trabajador que va de la exploración y decisión vocacional a la formación y capacitación profesionales, el estatus de principiante, los ascensos y los periodos de mayor experiencia.

Elección de la carrera y preparación profesional

¿Por qué una persona se convierte en contador, otra en policía, una más en médico y alguna otra en plomero o electricista? Numerosos factores influyen al elegir una ocupación, a saber: nivel socioeconómico, origen étnico, inteligencia, habilidades, sexo y ocupación de los progenitores. En esta sección estudiaremos en concreto el género y la raza, las actitudes de los padres, el autoconcepto, los rasgos de la personalidad y algunas consideraciones prácticas.

Sexo y raza Como se aprecia en la tabla 13-2, los afroamericanos y las mujeres están representados en exceso en los puestos de estatus más bajo y peor remunerados, mientras que su participación es exigua en las profesiones con elevadas percepciones (véase también a Walsh, 1997). Estas discrepancias las explican los investigadores en dos formas. Una señala que los individuos toman decisiones tempranas que a la larga determinan a qué ocupación pueden o no dedicarse. Por ejemplo, los negros tienen menores probabilidades que los blancos de terminar la enseñanza media superior, y los que desertan no

Tabla 13-2 Representación de mujeres, negros e hispanos en varias ocupaciones

Ocupación	Mujeres	Negros	Hispanos
<i>Porcentaje total de empleados*</i>	46.4	11.0	14.0
Arquitectos	24.7	4.4	7.0
Ingenieros	22.4	8.3	11.2
Dentistas	28.2	5.4	3.4
Médicos y cirujanos	30.0	5.6	5.2
Profesores en preescolar	97.3	14.3	10.4
Profesores en primaria	56.9	7.1	7.0
Trabajadores sociales	82.0	22.9	11.9
Secretarias	96.7	9.0	9.3
Carpinteros	1.9	5.6	26.9
Cocineros	40.1	15.4	31.0
Capturistas	78.6	16.5	10.7
Bomberos	5.3	10.0	6.2
Meseros	74.0	7.7	15.3
Empleados de correo	53.0	24.8	10.4
Asistentes dentales	96.3	6.8	16.7
Asistentes y ayudantes de enfermería	88.3	33.6	13.8
Sirvientes de casas particulares	89.2	17.6	40.4
Conductores de autobuses	51.6	26.8	11.3
Mecánicos automotrices	0.7	7.9	17.7
Sastres o costureros	75.3	5.9	29.0

*Población civil no institucionalizada de 16 años en adelante, 1996.

Fuente: U.S. Bureau of Labor Statistics, 2007.



La elección de una carrera constituye a menudo un rasgo definitorio del autoconcepto.

están en condiciones de competir por empleos en los que se requiere haber concluido ese nivel o una formación universitaria. Las mujeres limitan sus opciones cuando dudan de su capacidad en las ciencias (Ware y Steckler, 1983) y no siguen alguna carrera tecnológica como la ingeniería. Algunas optan por profesiones que les permitan formar una familia. Tal vez elijan un trabajo de medio tiempo o entren y salgan del mercado de trabajo durante los años de crianza de los hijos; es posible que busquen un empleo sin estrés ni presiones de tiempo, lo cual viene a limitar su carrera y su potencial económico (Council of Economic Advisers, 1987; Kalleberg y Rosenfeld, 1990). Los modelos ofrecidos por los progenitores también llegan a influir en la elección vocacional. Una vez establecidos, estos patrones a veces se autoperpetúan.

Una segunda explicación de los patrones ocupacionales anteriores es la discriminación. A pesar de las leyes estadounidenses en favor de la igualdad de oportunidades, los afroamericanos y las mujeres son canalizados en formas sutiles, o no tan sutiles, hacia algunos trabajos. Los mejores puestos todavía suelen darse con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres, aun cuando ellas reúnan las mismas habilidades (Bielby y Baron, 1986). El ascenso no siempre es igual para todos. Si bien esta discriminación es ilegal en Estados Unidos, a medida que ha aumentado la presión contra acciones discriminatorias y las "cuotas" de empleo, a los empleadores les es más fácil contratar o promover con criterios discriminatorios y por razones "legítimas" —como evaluaciones exageradas de desempeño. En conclusión, la escolaridad y las habilidades que predicen sueldos elevados para los varones de raza blanca no producen sueldos igualmente altos para los afroamericanos ni para las mujeres (Ferber y otros, 1986; Klein y Rones, 1989).

Cómo influyen las actitudes de los progenitores y el estilo de crianza en la decisión vocacional La relación entre padres e hijos puede originar en estos últimos actitudes, necesidades e intereses que después influirán en su decisión ocupacional (Roe, 1957). Por ejemplo, si un niño es el centro de la atención de su familia puede sentirse preocupado por las necesidades de pertenencia y estimación, de modo que en los años subsiguientes dará demasiada importancia a las opiniones y actitudes de la gente. En consecuencia, se sentirá atraído por profesiones que exijan contacto frecuente con las personas y que ofrezcan la posibilidad de conquistar la autoestima. Tenderá a escoger una carrera que le permita servir a los demás o se inclinará por un trabajo orientado a la cultura —tal vez las artes o el entretenimiento.

Los niños a quienes sus padres descuidan o evitan sufren falta de amor y no presentan el tipo de dependencia anterior. Cuando crecen, no buscan a las personas para satisfacer sus necesidades y se sienten atraídos por actividades solitarias. Suelen dedicarse a carreras científicas, tecnológicas o a otras profesiones que no supongan interacciones constantes con la gente.

La familia influye también de otras maneras en la decisión vocacional de sus hijos: modela ciertos estilos de vida, valores y creencias. La individualidad y la autonomía que se permiten dentro del sistema familiar pueden repercutir en las decisiones profesionales (Bratcher, 1982). Por ejemplo, las mujeres cuya madre trabaja suelen tener mayor motivación de logro y aspiraciones profesionales que aquellas cuya madre no labora fuera de casa (Hoffman, 1989).

Teoría del autoconcepto en comparación con la teoría de rasgos La esencia de la teoría del autoconcepto en su aplicación a las decisiones ocupacionales es que las personas escogen una carrera acorde con el concepto que tienen de sí mismas (Super, 1963). Al dedicarse a una profesión que corresponde a las ideas que tienen de sí, avanzan en la autorrealización. Es decir, adoptan un comportamiento compatible con lo que, a su juicio, es lo mejor para su satisfacción

y su desarrollo. Así, el hombre que se cree sereno, erudito, inteligente y elocuente tal vez se convierta en profesor universitario. La mujer que se considera sensible en los aspectos sociales, dinámica, y que cree tener carisma de líder posiblemente se dedique a la política.

A semejanza de la teoría del autoconcepto, la de los rasgos se concentra en el nexo existente entre la personalidad y la decisión ocupacional, sólo que investiga los rasgos medidos con objetividad y no la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Supone que existe una estrecha adecuación entre el tipo de ocupación que se elige y los rasgos de la personalidad. En el sentido contrario, podemos definir los trabajos por el tipo de rasgos de personalidad que parecen requerir. Si un candidato muestra los rasgos que exige un puesto, habrá una buena adecuación entre ambos. En un sistema (Holland, 1973), se evalúan seis rasgos de la personalidad y luego se acoplan con las ocupaciones. Estos rasgos son: 1) realista, 2) inquisitivo, 3) sociable, 4) adaptable, 5) emprendedor y 6) artístico. Así, la persona que recibe una elevada puntuación en los rasgos dos y cinco podría convertirse en investigador; el individuo que la reciba en los rasgos tres y cuatro podría, por ejemplo, trabajar en un hospital.

La teoría de rasgos ha estimulado abundantes investigaciones. Pero como cabe suponer, la adecuación entre individuo y ocupación mediante los rasgos de la personalidad no siempre da resultado; quizá convenga ver en esto una indicación muy general de la orientación que probablemente siga el individuo en su vida laboral.

Reparación formal e informal Antes de ingresar a la fuerza de trabajo, la gente adquiere ciertas habilidades, valores y actitudes tanto formal como informalmente. La preparación formal incluye el aprendizaje estructurado en el nivel medio superior, programas de capacitación vocacional y estudios universitarios, así como la formación en el trabajo. La preparación informal adopta formas más sutiles: consiste en adoptar actitudes, normas y expectativas de roles apropiadas para un trabajo en particular. Mucho antes de que iniciemos la preparación formal, adquirimos normas y valores informales de nuestros padres y profesores, de los miembros de los oficios y profesiones, incluso de los personajes que aparecen en la televisión y en las películas. Aprendemos observando a la gente y mediante las experiencias diarias. La socialización informal es tan generalizada que a menudo determina los pasos formales con que nos preparamos para una carrera (Moore, 1969).

Muchos consideran que la universidad es un paso obligatorio en la preparación para una carrera, aunque la formación académica (en especial, la universitaria) y la preparación afín relacionada con el trabajo varía mucho entre los países (vea la tabla 13-3). En muchas áreas del trabajo universitario, sobre todo en las humanidades, se dedica poca o ninguna atención a la enseñanza de habilidades para el mercado laboral. Los programas de humanidades tienen por objeto impartir habilidades básicas de comunicación, exponer a los estudiantes a diversas ideas y puntos de vista, y desarrollar habilidades analíticas. Aunque todo esto es indispensable para alcanzar la madurez intelectual, no guarda relación directa con los puestos, salvo quizá para los futuros docentes. Por el contrario, algunos programas como los de ingeniería, ciencias de la salud, administración y pedagogía ofrecen conocimientos y habilidades prácticos. Suelen atraer a estudiantes motivados y decididos que ya definieron sus metas profesionales.

Una encuesta aplicada a miles de estudiantes universitarios a principios de la década de 1970 (Astin, 1977) demostró que, en la mayor parte de los casos, los cambios psicológicos y de actitudes que ocurren en ese periodo son mucho más importantes que prepararse para una carrera. Se revisan creencias y autoconceptos. Los adultos jóvenes aprenden a clasificarse y medirse con criterios cada vez más complejos y realistas; analizan con más precisión varias

cualidades como la originalidad, la capacidad artística, la destreza mecánica, la facilidad para escribir y la comunicación personal. Suelen formarse opiniones más positivas de sus capacidades intelectuales, de sus habilidades de liderazgo y de su popularidad. Estos cambios a menudo duran más que la preparación profesional específica que reciben en la universidad y les ayudan a tomar mejores decisiones ocupacionales.

Algunas consideraciones prácticas En las secciones anteriores explicamos en parte cómo se llega a las decisiones ocupacionales. Pero las consideraciones prácticas a veces son tan importantes como dichos factores o hasta más. Así, en épocas de recesión y desempleo, hay pocas alternativas y la gente se ve obligada a buscar un trabajo para subsistir. En tales condiciones, no es infrecuente oír hablar de personas que quieren ser arquitectos o músicos, pero que terminan trabajando de burócratas o en los hospitales, según el empleo que esté disponible. En casos extremos, algunos graduados universitarios laboran en tiendas de comestibles o cortan el pasto. La obligación de sostener a un cónyuge o a los hijos hace que la persona busque un empleo en un campo distinto al que escogería de no existir esas restricciones. Por ejemplo, un pintor con muchas ambiciones tendrá que dedicarse a la publicidad o las relaciones públicas (e incluso a pintar casas), con poco tiempo disponible para cultivar su talento.

Por último, muchos se dejan influir por las presiones familiares al escoger una profesión. A algunos niños “se les prepara” para que dirijan la empresa familiar o sigan las huellas de su padre, a pesar de que habrían preferido dedicarse a otra cosa. Otra posibilidad: las personas sin planes bien definidos y con diversos intereses o habilidades aceptan el primer trabajo vacante y a veces cambian con frecuencia de empleo.

Obtención de un lugar en la fuerza de trabajo

Los adultos jóvenes están preparados para ingresar a la fuerza laboral, después de tomar la decisión ocupacional, así sea provisional, y conseguir la capacitación o formación correspondientes. El ingreso exige un periodo de ajuste que se facilita un poco con ayuda de un mentor. Asimismo, requiere un sentido creciente de lealtad y de compromiso. Sin embargo, para entender mejor todo esto analicemos primero cómo han cambiado las actitudes ante el trabajo en las décadas recientes.

Cambio de actitudes ante el trabajo Antes de la década de 1970, había un sistema coherente de valores que dominaba las actitudes de la mayoría de los trabajadores estadounidenses (Yankelovich, 1978). Constaba de varios componentes bien definidos. Se juzgaba conveniente que la mujer permaneciera en su hogar si el marido podía mantener a la familia, y muchos hombres se oponían firmemente a la idea de que su esposa trabajara fuera de casa. Ellos, por su parte, toleraban trabajos insatisfactorios con tal de preservar la seguridad económica. Las principales motivaciones de los empleados eran el dinero, el estatus y realizar el “sueño americano”: trabajar duro, comprarse una casa y jubilarse con una buena pensión. Si uno hacía bien su trabajo, la sociedad, de la que formaba parte la empresa, velaría por su bienestar.

Este sistema de valores se ha ido erosionando mucho en las últimas décadas. Lo pusieron en tela de juicio el movimiento de derechos civiles, la Guerra de Vietnam, la contracultura, el movimiento de liberación femenina, el caso Watergate y otros fenómenos sociales. Muchos adultos jóvenes que ingresan a la fuerza laboral ven el trabajo en formas muy diferentes, sobre todo como medio para alcanzar un fin. Otro factor lo constituye la reestructuración de las empresas que comenzó a finales de la década de 1980 y que dejó a millones de empleados con gran incertidumbre sobre su futuro. En industrias tan dispares

Tabla 13-3 Escolaridad de la población adulta por país (distribución de la población de 25 a 64 años, según su más alto nivel de escolaridad)

País	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Superior con enfoque teórico	Superior con enfoque técnico
Alemania	3.1	13.8	58.6	9.7	14.8
Australia	9.1	25.8	33.3	9.0	22.7
Chile	24.0	26.0	36.9	2.8	10.3
Bélgica	15.4	18.5	35.1	17.3	13.3
Canadá	4.9	9.9	39.2	22.8	23.3
Dinamarca	1.3	16.0	49.1	7.6	25.6
España	24.5	26.7	20.5	8.3	19.9
Estados Unidos	4.7	7.6	48.7	9.4	29.6
Finlandia	11.4	9.9	43.8	16.6	18.1
Francia	14.4	19.3	41.4	10.0	14.8
Perú	21.2	6.8	30.6	9.3	8.7
Irlanda	17.2	18.2	35.9	10.6	18.0
Italia	17.2	32.1	38.5	0.5	11.6
México	49.9	28.7	6.4	1.1	13.8
Jordania	11.2	25.0	23.8	12.3	13.5
Argentina	33.6	14.2	28.4	4.5	9.1
Países Bajos	7.5	20.6	41.7	1.8	28.3
Tailandia	21.5	10.3	10.0	3.1	10.5
Grecia	29.4	10.9	38.4	6.7	14.2
Suiza	3.3	9.8	58.1	9.7	19.0
Luxemburgo	18.8	9.5	45.2	9.6	17.0

Fuente: Education Counts Benchmarking Progress in 19 WEI Countries World Education Indicators-2007.

como la banca y la siderúrgica, los trabajadores ya no creen que las compañías sean leales con sus empleados; saben que pueden ser despedidos de repente sin tener culpa alguna. Saben, asimismo, que son responsables de hacer avanzar su carrera y que no pueden esperar nada de la empresa; por ejemplo, una carrera a largo plazo con las prestaciones de la jubilación o a corto plazo como el seguro médico.

Obligados por las circunstancias a revalorar lo que el trabajo significa para ellos, muchos jóvenes tratan de encontrar un trabajo que puedan realizar en casa. Este nuevo patrón es en gran medida consecuencia de la tecnología moderna. Arquitectos, escritores y programadores en sistemas —entre otros— trabajan en casa gracias a las computadoras, el correo electrónico, el fax, el teléfono

celular y las conferencias telefónicas. Con todo, *alguien* debe estar en la fábrica o en la oficina. Lo que encontrará allí, sobre todo si se trata de un joven que ingresa a la fuerza de trabajo, será muy diferente de lo que había esperado.

Las expectativas se enfrentan con la realidad Cuando los adultos jóvenes empiezan a trabajar, posiblemente experimentan lo que podríamos llamar el *desconcierto con la realidad*. Durante la adolescencia y la preparación para una carrera, tenemos a menudo grandes expectativas de cómo será el trabajo y lo que lograremos. Cuando los principiantes terminan su formación profesional y empiezan a trabajar, descubren de repente que algunas de sus expectativas no eran realistas. Su formación tal vez no sea adecuada para el trabajo, por lo que muchos empleadores piensan que es necesario capacitar a los novatos. El trabajo puede ser aburrido y mecánico; injustos, los supervisores; y los compañeros tal vez sean personas con quienes sea difícil trabajar. Las metas del puesto a veces se pierden en una telaraña de políticas burocráticas o están sujetas a los caprichos de los superiores. El desconcierto con la realidad puede originar un periodo de frustración e ira, mientras el joven trabajador se adapta a la nueva situación.

En un estudio longitudinal de gerentes jóvenes de bajo nivel en AT&T, los resultados corroboraron algunas ideas de Levinson (expuestas en el capítulo 12) sobre cómo moldear el sueño y convertirlo en una trayectoria profesional realista. Se dio seguimiento en gran parte de su carrera a un total de 422 jóvenes, de los cuales la mitad había realizado estudios universitarios y la otra había sido ascendida a puestos gerenciales por los sindicatos.

Un sistema formal de relaciones con una mentora podría ayudar más a las mujeres jóvenes a conseguir puestos ejecutivos, gerenciales y administrativos.



En un principio, tenían grandes expectativas respecto de su potencial de éxito; pero en los siete primeros años se volvieron mucho más realistas. Pocos esperaban un ascenso; muchos estaban conscientes de que éste podría significar trasladarse a otra localidad, alterar la vida familiar o trabajar más duro, asumir más responsabilidades y disponer de menos tiempo para la vida familiar. Sin embargo, estos jóvenes ejecutivos no estaban necesariamente insatisfechos con su empleo. A casi todos les procuraban gran satisfacción los retos de hacer bien su trabajo y cumplir las normas personales de logro. Por lo visto, las recompensas extrínsecas del sueldo y del estatus iban perdiendo importancia con el tiempo (Bray y Howard, 1983).

El rol de los mentores Poco a poco la fase de ingreso se ve desplazada por las crecientes competencia y autonomía. Recuérdese que Levinson puso de relieve el rol de los mentores que ayudan a los jóvenes trabajadores a adquirir los valores y las normas apropiadas. Dentro del contexto del trabajo, el aprendiz adquiere con la ayuda del mentor habilidades y seguridad en sí mismo. Pronto se consolida en su puesto y a veces comienza a superar a sus mentores y a desvincularse de ellos. Más tarde, obtiene autoridad sobre otros y asume el rol de mentor.

Varios autores han señalado la función positiva de los buenos mentores en el desarrollo de los jóvenes trabajadores (Kanter, 1977). Realizan actividades de enseñanza y de capacitación. Favorecen el progreso de los empleados jóvenes. Sirven como modelo lo mismo de conductas sociales que de comportamientos relacionados con el trabajo. Por lo general facilitan la transición al trabajo independiente. En las áreas académica y empresarial, a menudo los varones dicen que cuentan con un mentor. Pero como apenas 12 por ciento de los hombres y siete por ciento de las mujeres ocupan puestos ejecutivos, administrativos o gerenciales, escasean mucho los mentores de alto nivel. La mayoría de las ejecutivas afirma por lo general que no había una mentora a quien recurrir (Busch, 1985). Algunas mujeres encuentran un mentor, o bien su esposo cumple esa función; pero como vimos en el capítulo 12, es una relación que puede complicarse. Si la carrera de la mujer amenaza con reducir el tiempo que dedica al esposo y la familia, él estará menos dispuesto a apoyar su desarrollo profesional (Roberts y Newton, 1987). Con el propósito de ayudar a más mujeres a ocupar puestos ejecutivos, administrativos y gerenciales, algunos proponen que una de las mejores estrategias consistiría en promover un sistema formal de relaciones con mentores dentro de la empresa (Swoboda y Millar, 1986).

Crecimiento de la lealtad y del compromiso Levinson también insistió en que mantener un sentido de emoción y de compromiso con el trabajo durante la adultez es indispensable para una satisfacción laboral madura. El compromiso con una carrera u oficio varía mucho según los rasgos individuales y factores socioeconómicos más generales. Por supuesto, les será difícil conservar el compromiso con el empleo a quienes perciben un sueldo bajo y tienen un trabajo desagradable. También habrá poca motivación para tener un buen desempeño cuando hay pocas probabilidades de ascender (Moore, 1969).

El compromiso de un joven con un trabajo o profesión se hace más fuerte al aumentar la lealtad y al cumplir ciertas expectativas y normas ocupacionales. La lealtad nace a medida que los jóvenes comienzan a identificarse con su ocupación. La lealtad para con una empresa crecerá en la medida en que los trabajadores quieren empleo y recompensas continuas y estén seguros de que la empresa corresponderá a sus expectativas.

A raíz de muchos años de ocupar un puesto, las personas se identifican con un grupo o industria. Aprenden a cumplir determinadas reglas y expectativas de su grupo ocupacional. A los principiantes les asignan los puestos menos deseables, es decir, los más tediosos o fatigosos. Sin embargo, tienen la oportunidad

de observar lo que hacen sus superiores, obtener información y aprender habilidades que les servirán para progresar. Les enseñan la jerga y las expresiones de la industria o grupo que les ayudarán a formar parte de ellos. Al ir adquiriendo experiencia en el puesto, aprenden a aplicar los métodos tradicionales para resolver problemas y llevar a buen término los trabajos. También empiezan a darse cuenta de que deben obedecer la autoridad y cumplir ciertas normas de desempeño laboral (Moore, 1969).

Consolidación, mantenimiento y cambio Para quienes siguen el ciclo ocupacional clásico, la etapa intermedia de la carrera es un periodo de consolidación en que se establecen y aprenden a vivir con las realidades de su situación laboral. Para los varones estudiados por Levinson (1978), el periodo de los 35 a los 40 años era el tiempo de crearse un nicho en la sociedad, de olvidarse de otras carreras atractivas y de esforzarse por progresar. Este esfuerzo exigía tratar de ser el mejor en la profesión escogida y lograr un poco de estabilidad en el trabajo y en la vida en general. Para algunos significaba mayor responsabilidad y prestigio independizarse del mentor y alcanzar la autonomía.

Ascender en la escala del éxito no suele ser tan fácil como se anticipa. Cuanto más alto se sube, menos espacio hay para progresar. De ahí que, de los 40 a los 45 años muchos trabajadores se sienten decepcionados y se muestren un poco pesimistas. Se esfumó el sueño original; les aguardan ahora niveles más bajos de logro. El estudio que AT&T aplicó a los gerentes y que ya comentamos descubrió este patrón en la carrera intermedia. Aunque algunos habían alcanzando los niveles de alta dirección, muchos todavía se encontraban en niveles bajos o intermedios y habían disminuido sus metas y sus aspiraciones. De hecho, muchos mencionaron que el progreso ulterior en su carrera no era tan importante para su satisfacción personal y que otros aspectos de su vida —la familia y los objetivos personales, por ejemplo (Bray y Howard, 1983)— habían cobrado más importancia (Bray y Howard, 1983). Por el contrario, los ejecutivos de alto nivel de la compañía juzgaban que el trabajo era igualmente importante para su sentido del yo y para la satisfacción general con la vida.

En suma, el ciclo ocupacional clásico ha dejado de ser el patrón dominante, incluso entre los gerentes y los ejecutivos. Sólo una minoría de empleados permanece en una misma compañía durante toda su carrera. Muchos cambian de empleo en un área en busca de un sueldo más elevado, mayor responsabilidad, ascensos o mejores condiciones de trabajo. Los llamados “cazadores de talentos” perciben una remuneración por atraer a otra empresa a los empleados expertos y de gran calidad, en especial a ejecutivos y a quienes poseen habilidades en gran demanda, como la programación de computadoras. Además, un número creciente de personas cambia de carrera y de área para cultivar otros intereses. Algunos no tienen estabilidad profesional en absoluto; pasan por periodos frecuentes o prolongados de desempleo y de crisis vocacional, acompañados a menudo por problemas económicos, sociales y de ajuste.

REPASE Y APLIQUE

1. Mencione y describa las etapas de la vida vocacional identificadas por Havighurst.
2. Resuma la forma en que influyen en la decisión ocupacional factores como el sexo y la raza, las actitudes de los padres, el autoconcepto y la posesión de determinados rasgos.
3. ¿Por qué se necesita un periodo de ajuste cuando un joven ingresa a la fuerza de trabajo y cómo puede un mentor facilitar el proceso?

Trabajo y género

Los patrones profesionales son aún más complejos en el caso de la mujer (LaSalle y Spokane, 1987). En efecto, en este milenio, el patrón más común para una mujer de edad madura probablemente sea el cambio más que la consolidación y el mantenimiento.

Las etapas de la vida vocacional propuestas por Havighurst describen el progreso profesional que caracteriza al varón y no a la mujer. En concreto, la cuarta etapa nada dice sobre las decisiones vocacionales que la mujer suele hacer cuando cría hijos durante su juventud. Hay quienes siguen la misma trayectoria que los hombres en su vida laboral, pero la mayoría intenta combinar el trabajo con los roles familiares, adoptando un enfoque más flexible en su carrera. Unas dejan de trabajar cuando crían a los hijos; otras trabajan medio tiempo; y algunas más encuentran la manera de seguir aportando dinero con su trabajo en casa.

En esta sección examinaremos el trabajo desde la perspectiva del género, prestando atención especial a la forma en que la mujer combina el trabajo con sus roles familiares. Explicaremos también cómo se distinguen los patrones laborales femeninos de lo que antaño se juzgaba la norma para todos los trabajadores, pero que en realidad se aplicaba a los hombres exclusivamente. Daremos cuenta, asimismo, de lo que el trabajo significa en verdad para la mujer, pese a estereotipos contrarios. Por último, ahondaremos en lo que significa ser miembro de una pareja con doble ingreso. Comencemos por algunas estadísticas impresionantes sobre la creciente presencia de las mujeres en la fuerza de trabajo.

Panorama estadístico cambiante

En Estados Unidos, uno de los cambios más notables en el mundo del trabajo es el elevado incremento del porcentaje de mujeres en la fuerza laboral durante las últimas décadas. En 1960, trabajaban 38 por ciento de las mujeres de 16 años en adelante; en 1996 el porcentaje llegó a 59.3 por ciento y se estima que aumentó a 61 por ciento o más en el año 2005 (U.S. Census Bureau, 1997). El incremento ha sido extraordinario entre las mujeres de raza blanca. Hasta ahora, ha sido menor entre las de raza negra, que siempre han trabajado en mayor número por una necesidad económica más apremiante. En general, menos de 11 por ciento de las casadas son amas de casa de tiempo completo.

A medida que más mujeres ingresan a la fuerza laboral, han ido logrando algunos progresos. Así, en 1970 apenas 8 por ciento de los médicos eran mujeres, pero en 1986 la cifra casi se duplicó. Aun más impresionante: en 1970 sólo 5 por ciento de los abogados y jueces eran mujeres. En 1986, el porcentaje creció a 18 por ciento en general y a 29 por ciento en el caso de las mujeres menores de 35 años (Council of Economic Advisers, 1987). Se han registrado aumentos de igual manera significativos casi en todas las profesiones.

Con todo, aún se limita a las mujeres, en su mayoría, a “trabajos femeninos” de bajos ingresos: enfermería, enseñanza en primaria y en secundaria, labores secretariales y administrativas (Matthews y Rodin, 1989) (consulte otra vez la tabla 13-2). Una de cada dos mujeres labora en trabajos de bajo sueldo y poco progreso. Más aún, las mujeres todavía ganan menos que los hombres: 75 por ciento por cada dólar que perciben los hombres. Entre los empleados permanentes de tiempo completo, el sueldo medio de una mujer blanca es apenas 74 por ciento del de un hombre blanco, y en el caso de las mujeres de raza negra el porcentaje desciende a 67 por ciento aproximadamente (U.S. Census Bureau, 1997).



Para las mujeres no orientadas a una carrera, la autoestima parece estar relacionada más con la vida familiar que con el empleo de tiempo completo.

Cambios en los patrones de trabajo

El trabajo remunerado de la mujer no es un fenómeno nuevo. Siempre ha laborado fuera de casa, sobre todo en periodos de problemas económicos. En Estados Unidos, muchas lo hicieron en fábricas y en oficinas durante las dos guerras mundiales, cuando grandes cantidades de trabajadores estaban luchando en el extranjero. Antes de la llegada de la industrialización, a principios del siglo XIX, hombres y mujeres combinaban sus esfuerzos en los negocios y las granjas familiares (algunas todavía lo hacen). Fue hasta finales del siglo XIX cuando los hombres empezaron a ser considerados los proveedores “naturales” de su familia (Bernard, 1981). Ellos trabajaban fuera de casa mientras las esposas atendían a los niños y el hogar. Sin embargo, en la década de 1970, la situación cambió una vez más, conforme un número creciente de mujeres ingresó a la fuerza laboral y se afianzó en su profesión.

Las mujeres que trabajan fuera de casa no necesariamente siguen el mismo patrón que los varones. Aunque no hay teorías formales relacionadas con el desarrollo profesional femenino, es evidente que las mujeres adoptan mayor *variedad* de patrones. Un número cada día mayor sigue el esquema tradicional de los hombres que consiste en dedicarse al ejercicio de una carrera sin interrupción. Otras planean dejar de trabajar y tener hijos cuando ya estén bien establecidas. Algunas veces las que desean dedicarse exclusivamente a la familia en la juventud logran su estabilidad profesional fuera de casa luego de que se ha inscrito al último hijo en el primer grado o quizá después, cuando ingresa a la universidad. La mujer promedio puede dedicar 10 años por completo al cuidado de los hijos mientras son pequeños y disponer todavía de 35 más para entrar en la fuerza laboral, afianzarse en una carrera o cultivar otros intereses (Daniels y Weingarten, 1982). No obstante, la mayoría interrumpe su trabajo, al menos por un tiempo, para cuidar a sus hijos, cosa que los hombres hacen pocas veces (Kalleberg y Rosenfeld, 1990; Shaw, 1983). Estas interrupciones en ocasiones no hacen más que ensanchar la brecha entre los sexos en el mundo laboral (Hewlett, 1984).

Los múltiples significados del trabajo

Igual que los varones, la mujer participa en el mundo del trabajo por muchos motivos. El principal es la necesidad económica. Las madres solteras son a menudo la única fuente de ingresos para su familia. Y son muchos los matrimonios que no podrían sufragar los gastos familiares sin el ingreso de ambos cónyuges. Por ejemplo, las mujeres que laboran en fábricas aportan casi tanto dinero al hogar como su marido (Thompson y Walker, 1989). Esta situación se observa sobre todo en las familias afroamericanas e hispanas, en las que el marido suele percibir un sueldo más bajo y representa un índice más elevado de desempleo que las familias de origen europeo. Pero, a semejanza de los hombres, muchas mujeres encuentran satisfacción y una realización personal en el empleo fuera de casa. Les parece interesante y atractivo; ven en éste una oportunidad de autodirigirse o de asumir mayores responsabilidades; les agradan las ventajas del sueldo, una mayor seguridad futura y la posibilidad de progresar (Whitbourne, 1986a).

Sin embargo, se dan diferencias. En algunas investigaciones, las mujeres indican más a menudo que la oportunidad de interactuar con la gente —con clientes, con compañeros de trabajo, con supervisores— es una razón muy importante para trabajar fuera de casa. En algunos casos, las relaciones interpersonales les ayudan mucho a definir su autoconcepto (Forrest y Mikolaitis, 1986).

Sean cuales sean sus razones, las mujeres que trabajan suelen tener mejor salud física y psicológica que las que no lo hacen (Baruch y Barnett, 1986; Kessler y McRae, 1982; McBride, 1990; Repetti, Mathews y Waldron, 1989; Rodin y Ickovics, 1990). Sufren menos ataques cardíacos y úlceras y tienen una autoestima

más positiva. Las solteras obtienen los máximos beneficios, pero también los aprovechan las casadas, en especial cuando el marido las apoya en su carrera. En uno y otro casos, las mujeres que disfrutan su trabajo son las más beneficiadas. Este placer es tal vez una de las causas por las que las profesionistas logran más beneficios físicos y psicológicos que las oficinistas, pese a que tienen más responsabilidades y padecen más el estrés. Si consideramos las tensiones, los problemas familiares y el estrés que podrían esperarse de estos roles, resulta sorprendente que prácticamente no existan pruebas que señalen los efectos negativos del empleo, sin importar el tipo de trabajo.

El contraste es más marcado entre las mujeres orientadas a una carrera y las que no tienen esta orientación. Para algunas el cuidado de la casa es significativo y un medio de realizarse; para otras es monótono y aburrido. En una encuesta (Pietromonaco y otros, 1987), las menciones de autoestima, satisfacción con la vida y autopercepción diferían de manera notable entre unas y otras. Eran más felices las que se describían como orientadas a una carrera y trabajaban de tiempo completo. Las que estaban temporalmente desempleadas o tenían un trabajo de medio tiempo o uno en el que se desaprovechaban sus habilidades se sentían menos felices y tenían una autoestima y un autoconcepto más deficientes. Los resultados eran muy diferentes en las mujeres que no se consideraban orientadas a una carrera. Su autoestima y su satisfacción con la vida no se relacionaban con el hecho de que tuvieran un empleo de medio tiempo o de tiempo completo. Concordaban con enunciados como “No puedo imaginarme una vida satisfactoria sin hijos” o “No aceptaría un empleo que me impidiera hacer lo que me gusta con mi familia”.

Mitos y estereotipos que afectan a la mujer en el lugar de trabajo

Aunque no existen diferencias reales en la forma en que hombres y mujeres conciben el trabajo, sí hay algunos mitos y estereotipos que niegan las motivaciones reales de ellas y pueden retrasar o bloquear su progreso profesional. Uno de estos mitos es que las mujeres en puestos gerenciales, profesionales o técnicos están menos dispuestas a correr riesgos y a hacer los sacrificios que exige el progreso. Otro es que las mujeres no quieren, no necesitan o no esperan percibir el mismo sueldo que los hombres, aun cuando acepten un ascenso. En realidad, una y otra vez se ha comprobado que muchas mujeres presentan una actitud muy semejante a la de los varones ante el riesgo, el sueldo y los ascensos (Rynes y Rosen, 1983). Su motivación de logro tampoco es menor ni sus planes profesionales son menos específicos. En ocasiones, las que laboran en campos que por tradición corresponden al “ámbito femenino” como la educación, el trabajo social y la enfermería son menos ambiciosas y esperan hacer ajustes para cumplir con las responsabilidades conyugales y familiares; sin embargo, las que lo hacen en profesiones tradicionalmente “masculinas” como la administración, el derecho y la medicina tienen planes profesionales muy parecidos a los de los varones en esas mismas carreras.

Dinámica de las parejas con doble ingreso

El extraordinario aumento de las mujeres en la fuerza laboral ha originado un fenómeno cada día más común, denominado **pareja con doble ingreso** o *matrimonio con doble ingreso*. Estas parejas son aquéllas en las que el marido trabaja de tiempo completo y la esposa lo hace 20 o más horas a la semana (Pleck y Staines, 1982; Rapoport y Rapoport, 1980). En la actualidad, millones de mujeres comparten con el esposo la función de proveer a la familia.

pareja con doble ingreso Matrimonio o pareja que comparte un hogar en el que ambos cónyuges contribuyen al ingreso familiar como miembros de la fuerza laboral asalariada.

Los matrimonios con doble ingreso disfrutan de ventajas muy notorias. Su ingreso total, más elevado, les permite tener un mejor nivel de vida. Disponen de más dinero para atender a necesidades diarias, emergencias, un lugar mejor donde vivir, una educación más esmerada para los hijos. En el caso de las parejas de doble ingreso con formación universitaria, quizás el beneficio más importante sea que la esposa tiene las mismas oportunidades de autorrealización por medio de un empleo o una carrera.

Desde luego, no faltan tampoco el estrés y el conflicto de roles. En parte, provienen de la necesidad de combinar los roles de ambos cónyuges como empleados y como miembros de la familia. En ocasiones, un rol consumirá más tiempo y energía que los restantes. Así, en la juventud a menudo chocan las exigencias impuestas por la crianza de los hijos pequeños y la lucha por establecerse en la profesión, lo que obliga a la pareja a fijar prioridades y resolver los conflictos.

En las familias de doble ingreso, los maridos a menudo manifiestan más insatisfacción conyugal que otros hombres (Burke y Weir, 1976; Kessler y McRae, 1982; Staines y otros, 1986). En un estudio, más de la tercera parte de las parejas de doble ingreso indicó tener graves conflictos de roles en su tentativa por cumplir con las obligaciones laborales y familiares (Pleck y Staines, 1982). Las dificultades surgen de las exigencias del trabajo, de las horas laborables, de los conflictos entre las actividades de la familia y el horario de trabajo, de las crisis familiares. Si bien estos conflictos son experimentados por los dos integrantes de las parejas de doble ingreso, ellas informan un nivel más elevado de conflicto entre los roles laborales y familiares. El conflicto de roles en las profesionistas es especialmente agudo cuando laboran muchas horas y se enfrentan presiones temporales (Guelzow y otros, 1991). La pareja se siente un poco menos insatisfecha y tensa con un horario laboral flexible que les permita atender a las necesidades de su familia (Guelzow y otros, 1991).

Las actividades familiares —en especial el cuidado de los hijos— se comparten de manera más igualitaria en algunas familias de doble ingreso que en otras. Sin embargo, todavía son las mujeres quienes se encargan de la responsabilidad primaria de los quehaceres domésticos y del cuidado de los hijos (Barnett y Baruch, 1987; Berardo y otros, 1987; Bergmann, 1986; Kalleberg y Rosenfeld, 1990; Maret y Finlay, 1984; Rapoport y Rapoport, 1980). Esto ocurre así cuando los niños son pequeños y asisten a la escuela; y la situación no ha cambiado en Estados Unidos a pesar de que una ley federal promulgada recientemente establece la obligación de que las compañías ofrezcan a sus empleados de ambos sexos un mínimo de 12 semanas de **licencia familiar**. Se aplica tanto si la mujer trabaja de medio tiempo como de tiempo completo. De hecho, algunos han señalado que estas mujeres tienen en realidad dos empleos de tiempo completo, pues cuando regresan a casa comienzan un “segundo turno” (Hochschild, 1989). Muchas se levantan a las seis de la mañana, a las nueve llegan al lugar de trabajo y regresan a casa a las seis o siete de la tarde. En las noches y durante los fines de semana, enfrentan un sinnúmero de quehaceres domésticos, desde cuidar a los hijos hasta cocinar y llevar la ropa a la tintorería.

Parecería lógico y justo suponer que las parejas con doble ingreso deberían compartir de manera equitativa las actividades del hogar, pero pocas veces es así. Investigación tras investigación, se ha demostrado que, aunque los dos cónyuges trabajen, la mujer continúa haciendo la mayor parte de las labores domésticas (Berk, 1985; Pleck, 1985). Está plenamente comprobado que los maridos de las empleadas no dedican mucho más tiempo a estas actividades que los esposos de las mujeres que no trabajan fuera de casa (Ferber, 1982). Otros estudios revelan que la participación de los hombres en las tareas domésticas disminuye conforme aumentan sus ingresos (Antill y Cottin, 1988; Smith y Reid, 1986).

Los hombres con actitudes positivas respecto de compartir el rol de proveedor suelen compartir más los quehaceres domésticos que aquellos a quienes les molesta que su esposa contribuya a la economía familiar (Hood, 1986; Perry-Jenkins y Crouter, 1990). Sin embargo, la asignación de tareas domésticas no es más que una parte del problema (Perry-Jenkins y Polk, 1994). En lo que respecta a la satisfacción general de la pareja, la *percepción* de equidad con que se distribuyen puede ser tan importante como la participación real de los cónyuges en éstas (Blair y Johnson, 1992; Thompson, 1991; Wilkie y otros, 1992).

Los matrimonios de ingreso doble enfrentan otras dificultades. Aunque las actitudes sociales favorecen en la actualidad la participación de las mujeres en la fuerza laboral, todavía hay algunos que desaprueban que las madres trabajen de tiempo completo cuando tienen hijos de muy corta edad. Algunas padecen las reacciones negativas de sus amigos, vecinos y colegas. Otras experimentan un fuerte conflicto de roles. Su ambivalencia se acentúa cuando no logran encontrar un centro adecuado y accesible de cuidado para sus hijos. A las mujeres les preocupa mucho dejar a su bebé al cuidado de otra persona; pero quizá las presiones económicas las obligan a hacerlo muy pronto. La legislación federal de Estados Unidos no estipula que se pague a las empleadas que gozan de la licencia familiar. Las grandes empresas suelen hacerlo, no así muchas pequeñas.

La ambivalencia que tantas mujeres sienten ante sus roles dobles puede deberse a la socialización del género. Por tradición, se espera que la mujer sea menos activa que el hombre, que busque ante todo el matrimonio y que no adquiera una orientación al trabajo ni a una carrera (Hansen, 1974). Por otra parte, la ambivalencia de las mujeres que trabajan frente a sus roles también puede atribuirse a las presiones cotidianas generadas al tratar de satisfacer dos series contrarias de exigencias. En tal caso, el conflicto de roles es resultado de las circunstancias de las parejas con doble ingreso y no un “problema” psicológico.

Las mujeres que se dedican a una carrera profesional o administrativa encaran otras presiones. El matrimonio crea tensiones cuando es preciso decidir cuál de los dos cónyuges tendrá prioridad en su carrera, en especial en el caso de ascensos o transferencias. En virtud de que los hombres suelen aportar más dinero al hogar, si se da preferencia a la carrera del marido aumentará el ingreso y el nivel de vida de la familia, pero la mujer encontrará obstáculos para cultivar su vocación (Favia y Genovese, 1983).

Una vez más, a pesar de las tensiones, la mujer obtiene importantes beneficios del trabajo. La satisfacción que ya describimos alcanzará a su familia, especialmente si se trata de un puesto de estatus elevado. Esto permite a la familia ajustarse a la poca flexibilidad y tiempo disponible de la mujer, así como al aumento de las tensiones que caracterizan a este tipo de familia (Piotrkowski y Crits-Christoph, 1981). En parte, la satisfacción en el trabajo también explica por qué la mayoría de las investigaciones han demostrado que los matrimonios de ingreso doble no son menos felices que los demás. De hecho, en varios estudios se han descubierto niveles más elevados de satisfacción conyugal entre las esposas que trabajan que entre las que no lo hacen, tanto en la clase trabajadora como en las familias de profesionistas (Burke y Weir, 1976; Walker y Wallston, 1985). ¿Por qué el trabajo beneficia a las mujeres a pesar de las tensiones? El apoyo social puede ser una de las explicaciones. Es posible que encuentren amistad, consejo y apoyo psicológico en sus colegas. El trabajo puede constituir, además, una fuente alterna de autoestima y hasta ofrecer un sentido de control, cuando las cosas no marchan bien en el hogar (Rodin e Ickovics, 1990). En conclusión, el trabajo puede ser una especie de amortiguador contra las innumerables presiones experimentadas en casa.

REPASE Y APLIQUE

1. Describa los cambios que ha tenido la participación de la mujer en el trabajo en las últimas décadas.
2. ¿Cómo se distinguen hombres y mujeres en cuanto al significado que dan al trabajo?
3. ¿De qué manera influyen los mitos y estereotipos comunes en las oportunidades profesionales de la mujer?
4. Describa algunas tensiones en la vida de las parejas que tienen un doble ingreso.

RESUMEN

Continuidad y cambio en el desarrollo de la personalidad y en la socialización

- Los cambios de roles en la juventud constituyen una transición y marcan hitos en la vida; aunque nos hacen cambiar, son más sutiles y menos sistemáticos que los de la niñez y de la adolescencia.
- El desarrollo del adulto se da dentro del contexto de tres sistemas independientes, pero interrelacionados; a saber: el desarrollo del yo personal, del yo como miembro de la familia y del yo como trabajador.
- De acuerdo con los psicólogos humanistas, como Maslow, todo individuo trata de autorrealizarse o desarrollar y utilizar al máximo sus talentos y capacidades.
- La necesidad de autorrealización sólo puede buscarse una vez atendidas las necesidades de orden inferior, entre éstas las de alimento y vivienda.
- Según Rogers, la sociedad “corrompe” al individuo al imponerle condiciones de valor, que se interiorizan después como criterios de perfección. Rogers propuso que nos veamos a nosotros y a los demás con una consideración positiva incondicional, es decir, como seres humanos valiosos, sin reservas ni condiciones.
- La familia es un contexto muy importante en el desarrollo del adulto; la mayoría de las personas se definen a sí mismas sobre todo en función de su familia.
- Los jóvenes se encuentran a menudo en un periodo de transición a una mayor independencia: en los aspectos emotivo, funcional, de las actitudes y de los conflictos.
- La etapa de generatividad frente a estancamiento propuesta por Erikson guarda una estrecha relación con el trabajo, pues muchos adquieren el sentido de ser miembros productivos y útiles de la sociedad en parte por su oficio o profesión.
- Algunos se concentran en factores intrínsecos del trabajo, como sus retos o interés; otros, en factores extrínsecos, como el salario y el prestigio.

- Las amistades pueden ser importantes factores extrínsecos en el lugar de trabajo.

Establecimiento de relaciones íntimas

- Las amistades constituyen un aspecto esencial de la vida adulta. Como las relaciones románticas, suelen caracterizarse por vínculos emotivos positivos, por la satisfacción de necesidades y la interdependencia.
- De acuerdo con la teoría triangular del amor propuesta por Sternberg, el amor consta de tres componentes: intimidad, o sensación de contacto estrecho, pasión, o atractivo físico, excitación y conducta sexual, y decisión y compromiso, es decir, el darse cuenta de estar enamorado y el compromiso de conservar ese amor.
- Los individuos logran parte de su identidad personal como miembros de una pareja relativamente estable.
- La teoría instrumental de la selección de pareja establece que algunas necesidades (incluidas las sexuales y de afiliación) son más importantes y que nos sentimos atraídos hacia quienes tienen necesidades similares o complementarias a las nuestras.
- En la teoría de estímulo, valor y función, el cortejo tiene tres etapas: la del estímulo es cuando un hombre y una mujer emiten un juicio inicial sobre el otro; la de comparación de valores es cuando descubren si son compatibles; y la de funciones es cuando deciden si pueden sostener una relación a largo plazo.
- La perspectiva del sistema familiar pone de relieve la idea de que la formación de la pareja exige negociar los límites y redefinir las relaciones con la familia, con los amigos y con el otro.
- El matrimonio monógamo es sin duda el estilo de vida más común y el que se elige con mayor frecuencia. Lo simboliza un rito nupcial y lo aprueba la comunidad. La exigencia de la fidelidad varía de una cultura a otra.

- La cohabitación, o unión libre, puede ser semejante al matrimonio, pero carece de aprobación social y de las responsabilidades legales del matrimonio tradicional. En Estados Unidos, cerca de una tercera parte de las parejas que cohabitan terminan casándose.
- Una pareja que cohabita debe enfrentar los problemas del compromiso, la fidelidad y la estabilidad.

Paternidad (maternidad) y desarrollo del adulto

- El ciclo de la vida familiar comienza cuando una persona abandona el hogar paterno y continúa con el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, el nacimiento del último hijo, la partida del último hijo y la muerte de un cónyuge.
- La transición a la paternidad (maternidad) exige numerosas adaptaciones y ajustes: cambios de identidad y de vida interior, modificaciones de roles y de relaciones en el matrimonio, cambios de roles y de relaciones entre generaciones, modificaciones de roles y de relaciones fuera de la familia y nuevos roles y relaciones como padre o madre.
- La madre normalmente ajusta su estilo de vida y da prioridad así a la maternidad. Con mayor frecuencia los varones intensifican su esfuerzo laboral para ser mejores proveedores.
- Varios factores influyen en la eficacia del ajuste de los nuevos progenitores. Entre éstos figuran el apoyo social, la felicidad conyugal durante el embarazo, la autoestima de los progenitores y las características del hijo.
- Se han identificado seis etapas de la paternidad (maternidad): la etapa de formación de la imagen (de la concepción al nacimiento), la etapa de crianza (del nacimiento a los dos años), la etapa de autoridad (de los dos a los cinco años), la etapa interpretativa (niñez media), la etapa de interdependencia (adolescencia) y la etapa de partida.
- En cada etapa del ciclo de la vida familiar, los padres no sólo deben enfrentar los nuevos retos y exigencias de sus hijos, también tienen que renegociar su relación.
- Las presiones de la paternidad (maternidad) son particularmente fuertes en el caso de progenitores solos o solteros. Las mujeres suelen ganar menos que los hombres, sobre todo si no tienen una escolaridad elevada.
- Las familias encabezadas por madres solteras son más numerosas y suelen ser más pobres entre los afroamericanos. Sin embargo, se trata con mayor frecuencia de familias extendidas y esta circunstancia pone a disposición de la madre más recursos financieros, psicológicos y sociales.
- Los padres solteros tienen muchos de los problemas y tensiones que afectan a la madre soltera. Sin embargo, suelen hallarse en una mejor situación económica. Casi

todos muestran alto nivel de integración emocional con sus hijos.

El ciclo ocupacional

- El ciclo ocupacional comienza por pensamientos y experiencias que culminan en la elección de una carrera; continúa con el ejercicio de ésta, y termina con la jubilación. Sin embargo, no suele ser tan simple y no siempre se realiza sin dificultades.
- De acuerdo con Havighurst, el ciclo ocupacional consta de una serie de etapas: identificarse con un trabajador (de los cinco a los 10 años de edad), adquirir los hábitos básicos de laboriosidad (de los 10 a los 15 años), adquirir una identidad como trabajador (de los 15 a los 25 años), convertirse en una persona productiva (de los 25 a los 40 años), mantener una sociedad productiva (de los 40 a los 70 años) y contemplar una vida productiva y responsable (de los 70 años en adelante).
- Entre los factores que influyen en la decisión vocacional se encuentran el nivel socioeconómico, el origen étnico, la inteligencia, las habilidades, el género y la ocupación de los progenitores.
- Los afroamericanos y las mujeres, en su mayoría, ocupan empleos de estatus bajo y mal remunerados; son muy pocos los que tienen trabajos en las profesiones mejor remuneradas. Esta discrepancia puede deberse a decisiones como abandonar la escuela, escoger un trabajo de medio tiempo o a la discriminación.
- La relación con los progenitores puede originar en los hijos actitudes, necesidades e intereses que más tarde influyen en su decisión ocupacional.
- Conforme a la teoría del autoconcepto, la gente busca una carrera que corresponda al concepto que tiene de sí misma. La teoría de rasgos establece algo similar, pero investiga los rasgos de la personalidad medidos de manera objetiva, en comparación con la percepción que tenemos del yo.
- La preparación vocacional formal consta de aprendizaje estructurado en el nivel medio superior, programas de formación vocacional, estudios universitarios y capacitación en el trabajo. La preparación informal consiste en adoptar actitudes, normas y expectativas de roles apropiadas para un determinado trabajo.
- Las consideraciones prácticas también influyen en la decisión vocacional. Entre éstas se encuentran las condiciones económicas y las presiones de la familia.
- En las últimas décadas, los empleados se han dado cuenta de que deben responsabilizarse de progresar en su carrera y no pueden esperar de la empresa estabilidad profesional ni beneficios a corto plazo como el seguro médico.
- Cuando los jóvenes empiezan a trabajar, a menudo comprueban que la realidad no corresponde a sus

expectativas. El descubrimiento puede originar un periodo de frustración y enojo, mientras se ajustan a la nueva situación.

- Los mentores desempeñan una función positiva en el desarrollo profesional de los jóvenes, pues les enseñan, los capacitan, apoyan su progreso profesional y modelan la conducta social y la relacionada con el trabajo.
- Para una satisfacción laboral madura es necesario conservar el sentido de emoción y compromiso con el trabajo a lo largo de la adultez.
- El periodo intermedio de la carrera es un tiempo de consolidación: el empleado se establece y acepta las realidades de su estado ocupacional.

Trabajo y género

- Aunque las mujeres han ingresado a la fuerza laboral en grandes cantidades y han conseguido importantes logros, un gran número de ellas todavía se dedica a trabajos poco remunerados como enfermería, docencia y labores secretariales y administrativas. Además, las de raza negra, en especial, todavía ganan menos que los hombres.
- Las mujeres que trabajan fuera de casa presentan mayor variedad de patrones ocupacionales que los varones. Algunas se ajustan al patrón tradicional masculino de ejercer una profesión sin interrupción; otras planean dejar de trabajar y tener hijos o se forjan una carrera fuera del hogar cuando los hijos asisten a la escuela.
- Muchas mujeres trabajan por necesidad económica, pero otras encuentran satisfacción y realización personal en su empleo. Para algunas, la oportunidad de

interactuar con otras personas es una razón muy importante para trabajar.

- Las mujeres que trabajan fuera de casa suelen ser física y psicológicamente más sanas que las que no trabajan.
- A menudo las mujeres sufren los efectos de mitos y estereotipos. Según uno de éstos, las mujeres y los hombres tienen diferentes actitudes frente a la aceptación de riesgos, el sueldo y el progreso profesional; las investigaciones han comprobado una y otra vez que este mito es falso. Tampoco es verdad que las mujeres estén menos motivadas para el logro ni que tengan planes profesionales menos específicos.
- Las parejas con doble ingreso perciben un sueldo total más elevado, gracias al cual gozan de un mejor nivel de vida. No obstante, surgen tensiones y conflictos de roles por la necesidad de combinar los roles y establecer prioridades.
- La investigación ha demostrado que, aun cuando ambos cónyuges tengan un empleo de tiempo completo, la mujer continúa realizando la mayor parte de las actividades familiares y éstas representan un "segundo turno".
- Algunas mujeres que trabajan sufren intensos conflictos de roles por factores como la dificultad para encontrar un buen centro de cuidado para sus hijos, los efectos de la socialización del género y las presiones que supone tratar de satisfacer dos conjuntos antagónicos de exigencias.
- La mujer puede obtener importantes beneficios de su trabajo y a menudo éstos se extienden a su familia. Además, el trabajo sirve de amortiguador contra las tensiones del hogar.

CONCEPTOS BÁSICOS

autorrealización
psicólogos humanistas
condiciones de valor
consideración positiva incondicional

factores intrínsecos del trabajo
factores extrínsecos del trabajo
intimidación
pasión

decisión y compromiso
ciclo ocupacional
pareja con doble ingreso
licencia familiar

UTILICE LO QUE APRENDIÓ

En la juventud puede ser un difícil acto de malabarismo combinar las funciones de lograr la independencia y una identidad personal, formar una familia y ejercer una profesión. Algunos jóvenes logran manejar estos tres conjuntos de roles, pero para muchos los roles y las responsabilidades de la familia, del trabajo y del yo representan un conflicto que dura mucho tiempo.

Prepare una lista de cuatro o cinco jóvenes a quienes conozca bien. Trate de incluir por lo menos un soltero y uno que todavía no se haya creado una identidad en los roles laborales. ¿Cómo describiría y compararía su

estatus en relación con las tres áreas del desarrollo psicosocial: el yo personal, el yo en los roles familiares y el yo como trabajador? ¿Sufre alguno de ellos tensiones o conflictos de roles? Si tuviera que darles un consejo, ¿qué les recomendaría para ayudarles a aliviar la situación o establecer prioridades?, ¿son sus recomendaciones realistas y prácticas a corto y a largo plazos?

Algunas veces conviene redefinir el problema. Las prioridades pueden cambiar, si lo examina desde otro punto de vista.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

ANDERSON, J. (1990). *The single mother's book*. Atlanta: Peachtree Publishers. Guía bien organizada para manejar la vida como madre soltera: hijos, trabajo, hogar, economía y todo lo demás.

APTER, T. (1995). *Working women don't have wives: Professional success in the 1990s*. Nueva York: St. Martin's Press. Reveladora recopilación de entrevistas a mujeres en lo que respecta a conflictos entre trabajo y vida familiar.

COSBY, F. (1991). *Juggling: The unexpected advantages of balancing career and home for women, their families and society*. Nueva York: Free Press. Sobre la base de una investigación muy completa, Faye Crosby acaba con los mitos en torno del trabajo y la maternidad y resalta los beneficios de los roles complejos para los padres y sus hijos.

COWAN, C. P., y COWAN, P. A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. Nueva York: Basic Books. Resultados de entrevistas con una muestra de parejas, presentados en un estilo ameno e inteligente.

GILL, B. (1998). *Changed by a child: Companion notes for parents of a child with a disability*. Nueva York: Doubleday. La crianza es difícil a menudo, pero educar a un niño discapacitado puede resultar una experiencia traumática que altera la vida. Barbara Gill escribe sobre esta experiencia de una manera sensata y compasiva.

MILLMAN, M. (1991). *Warm hearts, cold cash: The intimate dynamics of families and money*. Nueva York: Free

Press. Este sociólogo presenta la incómoda verdad sobre cómo utilizamos el dinero en las relaciones íntimas, y a veces tormentosas, de la familia.

REGISTER, C. (1991). *"Are those kids yours?" American families with children adopted from other countries*. Nueva York: Free Press. Estudio revelador sobre la adopción internacional, desde los puntos de vista de padres adoptivos y de hijos adoptados cuyas edades fluctúan entre los seis y los 30 años, con el acento puesto tanto en su normalidad como en sus dificultades especiales.

ROGERS, C. R. (1961). *On becoming a person*. Cambridge, MA: Riverside Press. En un estilo muy ameno, Carl Rogers presenta un modelo optimista y perceptivo para el crecimiento personal a través del ciclo vital.

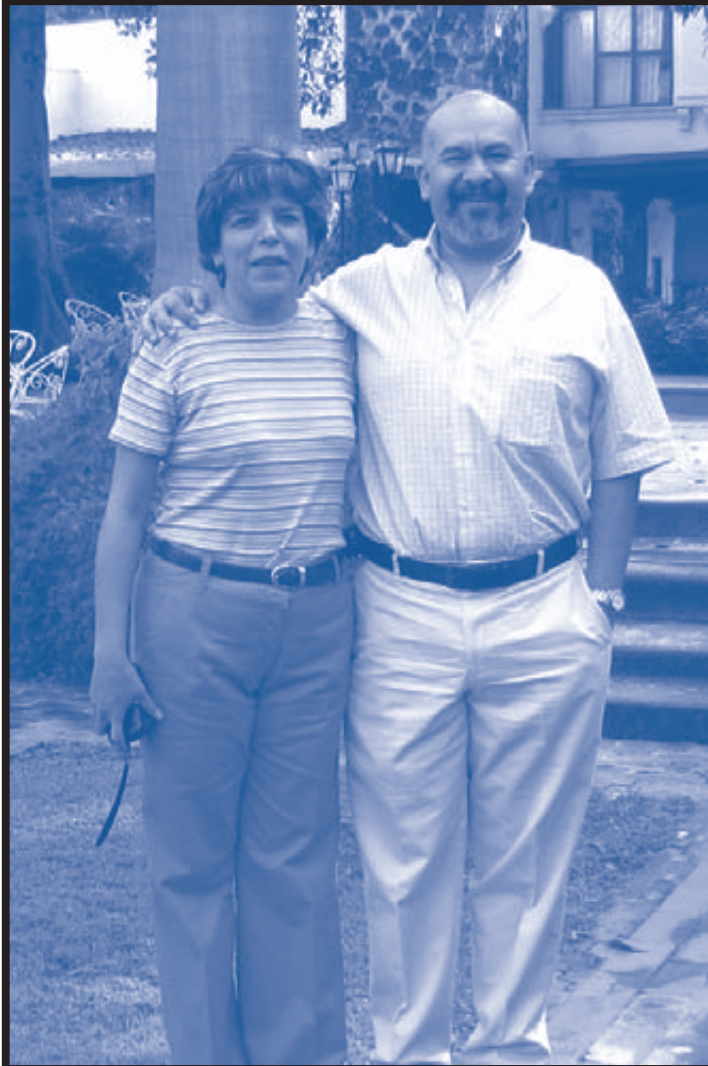
ROSENBERG, E. B. (1992). *The adoptive life cycle*. Lexington, MA: Lexington Books. Fuente muy original y de gran autoridad acerca de la compleja experiencia de la adopción.

RUBIN, L. B. (1995). *Families on the fault line: America's working class speaks about the family, the economy, race, and ethnicity*. Nueva York: Harperperennial Library. La famosa socióloga Lillian Rubin entrevista a 162 familias —de blancos en su mayoría, pero también de negros, latinos y asiáticos— y nos ofrece esta reseña de las experiencias, actitudes y circunstancias de las familias de la clase trabajadora actual.

14

Adultos de edad madura: desarrollos físico y cognoscitivo

CAPÍTULO



TEMARIO

Desarrollo en la madurez

¿Tiempo de plenitud o inicio del fin?
Crisis de la madurez y mitos relacionados

Continuidad y cambios físicos

Cambios en las capacidades
La menopausia y el climaterio
La sexualidad en el periodo de la madurez

Salud y enfermedad

Buenas noticias sobre el envejecimiento
y la salud
Principales enfermedades en la madurez
Efectos acumulativos de los hábitos de salud
Estrés y salud
Raza, pobreza y salud

Continuidad y cambio cognoscitivo

Inteligencia fluida frente a inteligencia
cristalizada
Experiencia y pericia
Las capacidades cognoscitivas según
el contexto
Cambios funcionales de la cognición

Investigación en Hispanoamérica

Panorama de la salud en la región

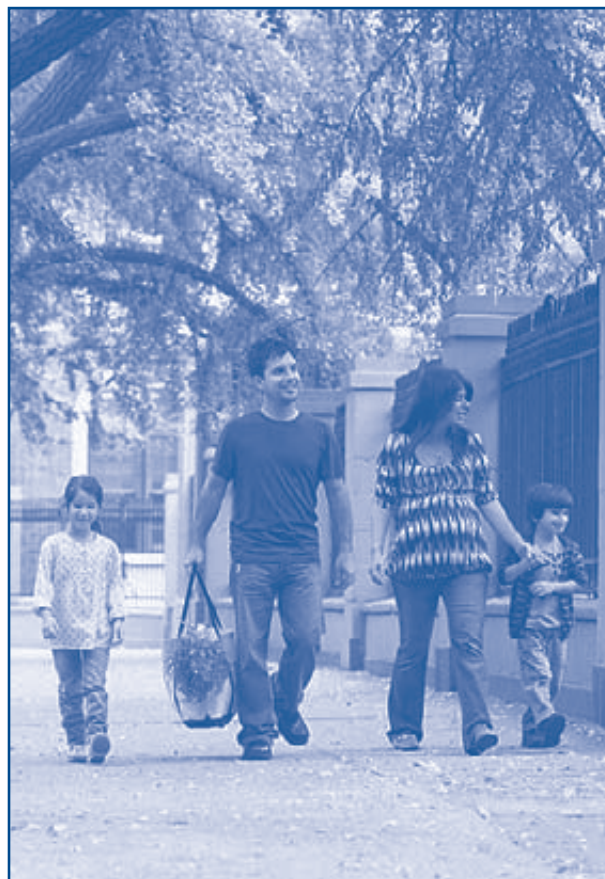
El perfil epidemiológico de las Américas ha experimentado considerables cambios en los últimos decenios, ya que muchos de los antiguos problemas de salud pública han sido resueltos, mientras que surgen otros nuevos y vuelven a aparecer algunos antiguos. En los próximos 10 años, las defunciones por enfermedades crónicas aumentarán en 17% y, lo que es más alarmante, las defunciones causadas por la diabetes aumentarán casi 80%.

El aumento previsto en la carga de enfermedades crónicas es atribuible al envejecimiento de la población y a los comportamientos y elecciones poco saludables que hacen los individuos y las comunidades, que se vinculan con una nutrición deficiente, el sobrepeso y la obesidad, y con el consumo de tabaco y alcohol. En casi todos los países las enfermedades degenerativas crónicas han sustituido a las enfermedades transmisibles como principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte, excepto en Haití, donde las enfermedades transmisibles siguen siendo la principal causa de mortalidad [...] seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio.

Las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes se han convertido en las principales causas de defunción, junto con causas externas como los accidentes, los homicidios y otras formas de violencia.

Un análisis de la carga de morbilidad en las Américas en 2006 indica que las principales causas de defunción que tienen el mayor efecto en cuanto a años de vida perdidos en los hombres son la diabetes, el SIDA y los homicidios; sin embargo, sus efectos se producen en distintos grupos de edad: los homicidios son un problema fundamental de los jóvenes y los adultos, el SIDA, de los adultos, y la diabetes, de las personas de 50 o más años de edad. La carga de morbilidad en las mujeres muestra un patrón diferente: las principales causas son la diabetes, el SIDA y el cáncer de los pulmones; la diabetes afecta sobre todo a las mujeres de más de 45 años de edad, el SIDA, a las mujeres jóvenes, y el cáncer de los pulmones, vinculado con una nueva modalidad de consumo de tabaco entre las mujeres, a las mujeres de más de 45 años de edad. Las causas externas —en especial los homicidios y los accidentes de transporte terrestre— y la infección por el VIH/SIDA provocan muchas más defunciones entre los hombres que entre las mujeres, principalmente en los jóvenes, y son entonces la principal razón de que la esperanza de vida haya aumentado más en las mujeres que en los hombres, aumento que es de cinco a ocho años en varios países.

[...] La preocupación por las amenazas para la salud resultantes del uso excesivo de antibióticos crece en las Américas, en particular en los países de América Latina, donde los antibióticos están a disposición del público sin necesidad de una receta médica. El uso excesivo de antibióticos en pacientes ambulatorios ha contribuido a la aparición y propagación de bacterias resistentes a los antibióticos en muchas



comunidades; importantes agentes patógenos comunes, como *Mycobacterium tuberculosis*, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae* han desarrollado resistencia a los medicamentos antibacterianos de uso ordinario, lo cual complica el tratamiento de las enfermedades que provocan. Por otra parte, las infecciones transmitidas por los alimentos que son resistentes a los antimicrobianos debido al uso inadecuado de antibióticos en la producción de animales, han contribuido a la aparición de resistencia en *Salmonella* spp. y *Campylobacter jejuni*. Si bien se están desarrollando nuevos marcadores biológicos y tecnologías de microensayo del ADN, el reto que subsiste es idear una tecnología sencilla y computarizada de diagnóstico que permita la rápida identificación de la resistencia a los antimicrobianos poco después de la aparición de los síntomas.

FUENTE: "Salud en las Américas" de la Revista Panamericana de Salud Pública, 2007. Vol. I Regional, de la Organización Panamericana de la Salud, pp. 19 y 20.

Objetivos del capítulo



Cuando termine este capítulo, podrás:

1. Explicar los aspectos del desarrollo que caracterizan la madurez.
2. Describir los cambios físicos que tienen lugar en la madurez y los factores que los favorecen.
3. Explicar la sexualidad en el periodo de la madurez.
4. Identificar los factores que influyen en la aparición de enfermedades durante la madurez: malos hábitos en el cuidado de la salud, pobreza y estrés.
5. Explicar los cambios cognoscitivos que ocurren en la madurez y los problemas de investigación relacionados con su evaluación.

Hemos estudiado la niñez, la adolescencia y la juventud. Hemos visto las etapas del desarrollo por las que pasa un niño para convertirse en adulto: un individuo con una perspectiva y personalidad relativamente estables. Hemos señalado los hitos sociales que marcan el ingreso del adolescente al mundo de los adultos: marcharse del hogar paterno, casarse, procrear, forjarse una carrera. ¿Y qué viene luego?

La madurez (que se considera, en forma arbitraria, que comienza a los 40 años), junto con el periodo subsecuente, constituye 50 por ciento o más de la vida de una persona. ¿Plantea nuevos desafíos o no es más que el tiempo en el que se realizan las decisiones tomadas antes, tal vez con algunas correcciones y ajustes por aquí y por allá? ¿Cuánta continuidad hay durante estos años? ¿Es Pedro Pérez la misma persona a los 50 años que la que era a los 30? De no ser así, ¿qué lo hace cambiar, cuánto y en qué aspectos? ¿Pasa por nuevas experiencias y va acumulando sabiduría o su perspectiva y sus opiniones se hacen más estrechas? ¿Qué función desempeña el inevitable deterioro biológico en su funcionamiento psicológico?

Como la juventud, la madurez está dominada por la continuidad y el cambio; hay un poco de ambos. Comenzaremos por ofrecer una síntesis que comprende los mitos populares concernientes a las personas maduras; por ejemplo, la “crisis” de la madurez. Después examinaremos los cambios en las habilidades sensoriomotoras y en otros factores biológicos, lo mismo que los aspectos biológicos y psicológicos de la sexualidad. Después, nos ocuparemos de la salud y de la enfermedad. Por último, analizaremos a fondo lo que ocurre en la madurez con la inteligencia y las capacidades cognoscitivas, haciendo hincapié en las habilidades que se deterioran y las que permanecen estables.

Desarrollo en la madurez

¿Cuándo comenzamos a considerarnos personas de edad madura? ¿Qué indicios nos dicen que hemos dejado de ser jóvenes y cómo reaccionamos ante éstos? Hay muchos signos de la madurez. Por convención, la edad madura abarca aproximadamente de los 40 a los 60 o 65 años de edad. En el cuadragésimo cumpleaños se acostumbra proclamar con gran estruendo el acontecimiento,

contar chistes sobre el inicio de la decadencia, enviar tarjetas jocosas de felicitaciones y quizá poner a la entrada de la casa de la persona un letrero alusivo. En la cultura moderna, cumplir 40 años se considera a menudo el principio del fin.

Las teorías del desarrollo discrepan mucho en la cuestión de cuándo comienza y termina la madurez. En gran parte la respuesta depende de las experiencias por las que pase el individuo: ¿se considera madura una mujer de 43 años que acaba de tener un hijo?, ¿un hombre de 41 años que asiste a un programa de capacitación en el trabajo considera que está en la madurez de su carrera —y de su vida— o piensa que está comenzando una vida nueva? La salud es otro factor que debe tenerse en cuenta: ¿qué tienen en común las personas de 40 años en buenas condiciones físicas y llenas de vitalidad y energía con los individuos de esa misma edad que se han arruinado por la falta de ejercicio y el consumo de alcohol y de otras sustancias?

Además, para diferentes personas la madurez puede comenzar antes o después, y puede durar un periodo mayor o menor porque el envejecimiento se acompaña de muchísimas señales (Neugarten, 1980). Algunas se relacionan con los estatus social y familiar. La madurez es un periodo intermedio, un puente entre dos generaciones. Estas personas se percatan de estar separadas no sólo de los chicos y de los jóvenes, sino también de las personas mayores, en especial de los jubilados. Algunas piensan que se encuentran en esta etapa cuando sus hijos empiezan a marcharse del hogar. Otras señales pueden ser físicas o biológicas. De repente una mujer se dará cuenta de que su hijo es más alto que ella; un hombre descubrirá que los inicios de la artritis deterioran una habilidad, como dibujar o tocar el piano.

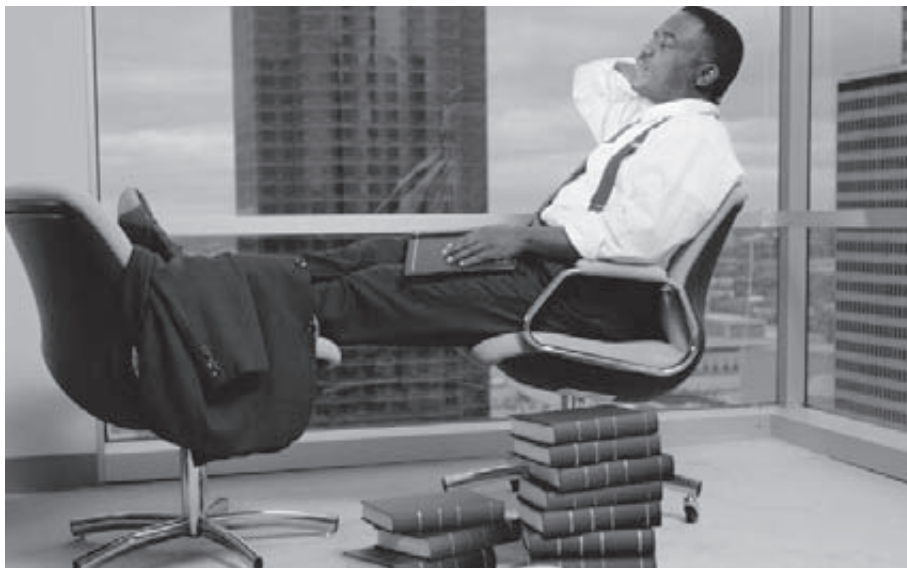
Hay además algunas señales psicológicas, la mayor parte de las cuales se refieren a aspectos de continuidad y cambio. Nos damos cuenta de haber tomado algunas decisiones básicas relativas a nuestra carrera o a nuestra familia, decisiones que ahora están firmemente establecidas y que es necesario cumplir. Nunca conocemos el futuro, pero ya no nos ofrece tantas posibilidades como antaño. Las señales también provienen de nuestra carrera; tal vez se interrumpa el progreso. Quizás hayamos alcanzado un nivel elevado o quizá nos demos cuenta de habernos estancado muy por debajo de nuestra meta original.

¿Tiempo de plenitud o inicio del fin?

¿Qué sentimientos produce el hecho de llegar a la madurez? Ni los teóricos ni las personas maduras coinciden en si es una etapa de nueva realización, estabilidad y liderazgo potencial, o si es un periodo de insatisfacción, de crisis internas y depresión. En la concepción que se tiene de la edad madura influyen condiciones económicas, la clase social y la época en que se vive. Muchos se dan cuenta de que han dejado de ser jóvenes; pero se sienten satisfechos y piensan que se encuentran ahora en la “plenitud de la vida” (Hunt y Hunt, 1975; Neugarten, 1968b). A menudo se sienten “seguros”, estables y confiados (Helson, 1997). Las capacidades físicas de muchos posiblemente estén un poco deterioradas, pero la experiencia y el conocimiento personal les permiten controlar su vida mejor que en cualquier otra edad. Pueden tomar decisiones con una facilidad, una pericia y una seguridad que estaban antes fuera de su alcance. Esta capacidad explica por qué a los individuos de 40 a 60 años se les ha llamado la *generación al mando* y por qué pertenece a este grupo de edad la mayoría de quienes toman las decisiones en el gobierno, las empresas y la sociedad.

Desde luego, muchas personas de edad madura no toman decisiones tan importantes ni dirigen empresas u organismos gubernamentales. Hay quienes ni siquiera piensan que controlan su propia vida, mucho menos la de otros. Algunos pierden su vitalidad a los 40 años. Else Frenkel-Brunswik (1963), por ejemplo, no cree que los de su generación sean los que están al mando. Por el contrario, para

Una vez iniciada la edad madura, muchas personas disminuyen un poco su actividad física.



ella se trata de un periodo de actividad decreciente cuyo comienzo, hacia los 48 años de edad, suele caracterizarse por crisis biológicas y psicológicas. Levinson (1978, 1996) y sus colegas comprobaron que la “transición a la edad madura es un periodo de crisis que pueden ir de ligeras a graves” para ambos sexos.

La mayoría de las personas experimenta cierta ambivalencia durante la edad madura (Chiriboga, 1981; Sherman, 1987). Tal vez sea el mejor momento de la vida en relación con la familia, la carrera o el talento creativo; pero casi todos los de esta generación también están plenamente conscientes de su mortalidad y con frecuencia piensan que se les está acabando el tiempo; por lo demás, los años parecen transcurrir con mayor rapidez. Algunos empiezan a preocuparse por cuestiones de creatividad y sus aportaciones a la siguiente generación; temen estancarse o perder oportunidades; desean conservar las relaciones íntimas con su familia y sus amigos. Ante cada acontecimiento trascendente —nacimiento, muerte, cambio de empleo, divorcio— reconsideran el significado de su vida (Sherman, 1987). Esto se aplica a los hechos que les ocurren a ellos y a quienes los rodean. Para algunos, el tema de la madurez se concentra en “Hacer hoy lo que se tenga que hacer” (Gould, 1978). La forma en que interpreten este sentido de urgencia, junto con los acontecimientos que experimentan, determinará si la madurez es un periodo de transición y reevaluación graduales o de crisis.

Crisis de la madurez y mitos relacionados

Algunos investigadores consideran que los adultos perciben la edad madura como “un periodo en que algunas esperanzas se frustran y algunas oportunidades parecen haberse perdido para siempre” (Clausen, 1986); sin embargo, un número considerable de investigaciones convincentes indica lo contrario. Se ha comprobado que para los adultos estos años son simplemente un periodo de transiciones graduales —positivas y negativas— relacionadas con el envejecimiento. En contraste con el modelo de la crisis que relaciona los cambios normativos de este periodo con crisis predecibles, el **modelo de transición** rechaza la idea de que la crisis constituya la norma (Hunter y Sunder, 1989; Helson, 1997).

De acuerdo con el modelo de transición, el desarrollo se caracteriza por una serie de acontecimientos trascendentales que es posible prever y planear. Las transiciones relacionadas con esos acontecimientos son difíciles desde los puntos de vista psicológico y social; no obstante, la mayoría de las personas se

modelo de transición Teoría que sustenta que los cambios de la madurez son graduales.

adapta de manera eficaz, pues sabe que se trata de cambios inevitables. Por ejemplo, sabiendo que probablemente se jubile entre los 60 y los 70 años de edad, un hombre de 40 años que posee una empresa pequeña realiza depósitos periódicos en su cuenta de retiro individual con impuestos diferidos. Cuando cumpla 50 años, quizá ya habrá encontrado la casa ideal donde vivir una vez pensionado y comente con frecuencia los planes de jubilación con su esposa e hijos. En consecuencia, quienes esperan enfrentar el cambio en el periodo de la madurez no suelen esperar a que ocurra para hacer algo al respecto. Como son previsores, lo planean y así evitan las crisis de la madurez (Clausen, 1986; Troll, 1985).

El **modelo de la crisis** presenta, además, ciertas debilidades metodológicas que reducen su atractivo. Muchos de los trabajos que lo apoyan se realizaron con poblaciones clínicas más que en muestras de sujetos normales, las cuales son más representativas de la población adulta. Más aún, los estudios clásicos de Levinson (1978), Gould (1978) y Vaillant (1977) se concentraron en varones blancos de clase media. Por ejemplo, Levinson y sus colegas (1978) descubrieron que, hacia los 40 años de edad, un hombre puede empezar a cuestionar, o por lo menos poner en perspectiva, la vida que ha llevado. Si logró alcanzar sus metas, se preguntará súbitamente: “¿Valió la pena luchar por ellas?” En caso contrario, se percatará muy bien de que ya no puede cambiar las cosas, de ahí que cuestione la estructura de toda su vida, incluidos el trabajo y las relaciones familiares (Levinson, 1986). En éste y otros estudios dedicados a la edad madura se excluyó a las mujeres, lo mismo que sus intereses especiales en la madurez. De hecho, algunos investigadores dudan que puedan aplicarse a las mujeres algunos temas masculinos como “la angustia ante la mortalidad y la insuficiencia de los propios logros” (Baruch y Brooks-Gunn, 1984). También consideran que se ha exagerado el impacto negativo de acontecimientos como la menopausia y el “nido vacío”.

Así pues, la madurez es el periodo en que las personas comienzan a hacer un inventario de su vida. Algunas se sienten eficientes, competentes y en la cima de sus facultades (Chiriboga, 1981). A otras les causa dolor examinar su vida. Si bien los factores normados por la edad, como el encanecimiento, el abultamiento del vientre o la menopausia, se combinan a veces con sucesos no normativos como el divorcio o el desempleo, lo que desencadena una crisis, es menos probable que estas influencias provoquen una crisis si se prevén o si se ve en éstas un proceso normal (Neugarten, 1980).

Con todo, a muchos adolescentes y jóvenes les resulta difícil pensar en la edad madura como algo que no sea un gigantesco hoyo negro en el que pasarán por los menos 20 años de su vida. Para entonces —sostienen— ya habrán terminado el crecimiento y el desarrollo. Y con éstos, los sueños y las pasiones juveniles concernientes a la carrera y las relaciones, lo mismo que los planes y las estrategias para realizarlos. A diferencia de la juventud que está llena de esperanzas, la edad madura es como quedar atrapado en un pantano. Falso —afirma Ronald Kessler, sociólogo y becario de la Red de Investigaciones sobre el Desarrollo Satisfactorio de la Madurez de la Fundación MacArthur (MacArthur Foundation Research Network on Successful Midlife Development):

Los datos demuestran que la madurez es la mejor etapa de la vida. Cuando observamos a la población total de Estados Unidos, el mejor año es el 50. No tenemos que preocuparnos por los problemas y achaques de la vejez ni por las ansiedades de la juventud: ¿alguien me amará?, ¿lograré afianzarme en mi carrera? El índice de estrés general es bajo: el índice de depresión y ansiedad disminuye a 35 y no vuelve a aumentar sino hasta después de los 60 años. Estamos muy sanos. Somos productivos. Disponemos de suficiente dinero para hacer algunas de las cosas que queremos. Hemos logrado un equilibrio en nuestras relaciones personales y hay muy pocas probabilidades de divorcio. La madurez es aquello por lo que tanto luchamos. Es entonces cuando uno puede concentrarse en ser más que en llegar a ser. (Citado en Gallagher, 1993).

modelo de crisis Teoría que fundamenta que los cambios de la madurez son abruptos y a menudo causan estrés.

A juicio de Kessler, la crisis de la madurez constituye más bien la excepción que la regla. La abrumadora mayoría realiza una transición serena a esta etapa, pues cambian sus metas juveniles de fama, riqueza, logros y belleza por expectativas más realistas. Un tenista de 42 años, que en la adolescencia fue lo bastante bueno para ser clasificado entre los 100 mejores jugadores de su estado, aceptó ya que nunca disputará el abierto de Wimbledon y se ha conformado con ser profesor de educación física en una preparatoria o en un tenista profesional. Un político que de joven aspiraba a ser senador se conforma con ser alcalde de una ciudad pequeña. Tal “reorientación” supone que nos comparemos con otros que buscan metas o logros similares. Ante un problema, las personas maduras suelen compararse con otras que se encuentran en peores condiciones. Así, una pareja de edad madura cuya casa acaba de inundarse y cuyas pertenencias fueron destruidas se comparará con los vecinos que corrieron la misma suerte y que además están desempleados.

Los que están más propensos a sufrir una crisis de madurez rehuyen la introspección y recurren a la negación para no pensar en los cambios de su cuerpo y su vida. Por ejemplo, un hombre de 45 años que todavía cree ser un gran atleta se sentirá devastado cuando su hijo de 15 años le gane en el baloncesto. “Estos individuos necesitan esforzarse mucho para mantener sus ilusiones”, observa Kessler. “Dedican mucha energía al intento cognoscitivo del autoengaño, hasta que por fin interviene la realidad” (Gallagher, 1993). Kessler cree asimismo que las crisis de la madurez son más comunes entre los ricos que entre los pobres y la clase trabajadora. Por lo visto, es más fácil engañarse uno mismo respecto de las realidades de la edad madura cuando el dinero depositado en el banco nos protege de las cargas y las luchas cotidianas de la vida.

REPASE Y APLIQUE

1. Explique algunos de los sentimientos de las personas relacionados con la madurez. ¿Qué factores determinan su forma de responder?
2. Describa las diferencias entre el modelo de la crisis y el de la transición de la edad madura.
3. ¿Existe o no la crisis de la madurez? Explique su respuesta.

Continuidad y cambios físicos

Los cambios más palpables de la madurez son los de índole física. Por lo general, es en esta etapa en la que recibimos los primeros recordatorios claros de que nuestro cuerpo comienza a envejecer.

“La edad es como el amor; no podemos ocultarla”, escribió un dramaturgo del siglo XVII. Para muchas personas maduras, llega el “momento de la verdad” cuando el espejo les muestra nuevas arrugas, el abultamiento del vientre y una calvicie incipiente o algunas canas en las sienes que ya no dan un toque de distinción, sino que deprimen. Estos signos de advertencia les generan más tristeza a unos que a otros, según la actitud que tengan ante el envejecimiento y la muerte. ¿Son señales de madurez o de decadencia?

Algunos hechos biológicos obvios, como la menopausia en la mujer, la creciente dificultad de lograr la erección en el hombre y la disminución de la agudeza visual en ambos sexos son hechos que imponen un cambio en la autoimagen o las actividades y es preciso integrarlos a un estilo de vida satisfactorio (Newman, 1982; Timiras, 1994). La mayoría de las capacidades físicas alcanzan su nivel más elevado en la adolescencia o en la juventud y se estancan durante

la madurez; después empiezan a aparecer las primeras señales de deterioro físico. Pero al examinar estos cambios recuerde que las personas se desarrollan y envejecen a un ritmo distinto. Muchos factores influyen en el envejecimiento. Si esto se toma en cuenta, podemos aligerar el proceso y aliviar muchos de sus efectos negativos.

Cambios en las capacidades

En la edad madura suelen observarse un deterioro o una reducción de las capacidades físicas (Birren y otros, 1980). Se ven afectadas las habilidades sensoriales y motoras, lo mismo que el funcionamiento interno del organismo.

Sensación Las capacidades visuales son muy estables de la adolescencia a los 40 años o hasta el inicio de los 50; después, la agudeza visual empieza a disminuir (Kline y Schieber, 1985; Pollack y Atkeson, 1978). Una excepción parcial la constituye la miopía: en esta etapa de la vida vemos mejor los objetos distantes que durante la juventud. La audición pierde agudeza después de los 20 años y disminuye de modo gradual, sobre todo en lo relacionado con los sonidos de alta frecuencia. La pérdida auditiva es más común en los hombres que en las mujeres, hecho atribuible quizás a los factores ambientales como los trabajos tradicionalmente “masculinos” —por ejemplo, los de la construcción— en los que hay una exposición constante a ruidos fuertes o de alta frecuencia. En cualquier caso, pocas veces es lo bastante grave como para afectar la conversación normal en la edad madura (Olsho y otros, 1985). El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor se deterioran en distintos momentos de este periodo, aunque son cambios más graduales y menos perceptibles que los visuales o auditivos. La sensibilidad a la temperatura sigue siendo grande (Newman, 1982).

Habilidades motoras y tiempo de reacción Estas dos capacidades tienden a disminuir. El tiempo de reacción se alarga lentamente durante la adultez y con más rapidez durante la vejez. Es posible que se deterioren las habilidades motoras, pero el desempeño se mantiene constante, tal vez debido a la experiencia y a la práctica constante (Newman, 1982). Por ejemplo, quien corte leña o juegue tenis todos los días observará una pequeña reducción de su desempeño en la madurez. En cambio, conforme pasan los años, cada día resulta más difícil aprender habilidades nuevas.

Cambios internos También empiezan a darse cambios internos. Se reduce la actividad del sistema nervioso, sobre todo después de los 50 años de edad (Newman, 1982). El esqueleto se vuelve rígido y se encoge un poco en el curso de la adultez; poco a poco la gravedad se hace sentir y la estatura disminuye. La piel y los músculos comienzan a perder su elasticidad y aparecen las arrugas. Se tiende a acumular más grasa subcutánea, especialmente en zonas como el torso. El corazón bombea hacia el cuerpo un promedio de ocho por ciento menos de sangre por cada década una vez iniciada la adultez; el calibre de las arterias coronarias se reduce casi a un tercio del tamaño que tenía entre los 20 y los 30 años de edad. Decece la capacidad pulmonar. La resistencia depende de la cantidad de oxígeno que reciban los tejidos del cuerpo, por ello en general no puede realizarse tanto trabajo duro como en la juventud (Brody, 1979).

La menopausia y el climaterio

Para la mujer, el cambio interno más importante es la **menopausia** —cese de la ovulación y de la menstruación—, proceso con diversas consecuencias físicas y psicológicas. La menopausia forma parte del **climaterio**, que designa la



La agudeza visual a menudo disminuye en la edad madura.

menopausia Cese permanente de la menstruación; ocurre en la madurez y puede acompañarse de síntomas físicos y de intensas reacciones emocionales en algunas mujeres más que en otras.

climaterio Conjunto general de síntomas físicos y psicológicos que se acompañan de cambios reproductivos en la edad madura. Afecta por igual a ambos sexos.

totalidad de los efectos físicos y psicológicos que acompañan a las alteraciones hormonales de la madurez. Debido a las profundas repercusiones que tiene en la vida de la mujer, dedicaremos esta sección a los cambios físicos y emocionales inmediatos y a largo plazo que se relacionan con la menopausia. No existe algo equivalente a una “menopausia masculina”, pese a que esporádicamente los medios aluden a ésta; pero muchos expertos consideran que los varones maduros pasan por cambios biológicos que se caracterizan por reajustes y modificaciones de su conducta sexual. Examinemos también esos cambios.

Cambios y síntomas físicos En promedio, la menopausia comienza entre los 48 y 51 años de edad, aunque en algunas mujeres puede ocurrir un poco antes o mucho después. Al principio, la ovulación y el ciclo menstrual se vuelven impredecibles y luego cesan por completo. Se produce menos estrógeno y el sistema reproductor “queda clausurado”. El útero se encoge con lentitud; disminuye en forma gradual el tamaño de los senos al irse atrofiando el tejido glandular y conforme lo va reemplazando el tejido graso. La menopausia se acompaña de síntomas físicos como bochornos, sudores nocturnos y, con menor frecuencia, cefaleas, mareos, palpitaciones y dolor en las articulaciones. Las investigaciones señalan que, de todos esos síntomas, sólo los bochornos y los sudores nocturnos se deben directamente a la menopausia, en concreto por la disminución de los niveles de estrógenos (Asso, 1983). Hasta 75 por ciento de las mujeres sufren bochornos durante la menopausia (Asso, 1983; Greenwood, 1984). Los sudores nocturnos a veces son tan fuertes que causan insomnio. Los otros síntomas, como las cefaleas y los dolores que afectan a algunas mujeres, suelen darse sobre todo en las que los han padecido antes o cuya menopausia es muy intensa (Asso, 1983). En conclusión, quizás apenas 15 por ciento de las menopáusicas necesitan tratamiento médico para sus síntomas (Shepard y Shepard, 1982).

Efectos emocionales inmediatos En algunas mujeres, los cambios físicos se acompañan de cambios emocionales como la depresión y la sensación de ser menos femeninas por el cese de la función reproductora. En especial, las que no tuvieron hijos y no se han resignado a ello pueden experimentar la sensación de arrepentimiento, pérdida o depresión. Sin embargo, la mayoría no presenta este tipo de problemas (Asso, 1983). De hecho, algunos investigadores señalan que hay una *reducción* de los problemas emocionales durante y después de la menopausia en comparación con los años que la preceden.

En general, muchas investigaciones indican que las mujeres no responden de manera negativa a esta fase de la vida, ni a corto ni a largo plazos (Goodman, 1980; Neugarten, 1967; Neugarten y otros, 1968). En una encuesta, la mitad de las menopáusicas y las posmenopáusicas dijeron que el cambio había sido “fácil” o por lo menos “moderadamente fácil” (Goodman, 1980). Muchas se sienten más libres y en mejor control de su vida, con un sentimiento de liberación porque ya no deben preocuparse por sus periodos menstruales ni por la posibilidad de embarazarse. Por lo demás, ha terminado ya su rol activo de madres y dispondrán de más tiempo para ellas. Incluso aquellas a quienes no les agrada mucho la menopausia no suelen preocuparse ni sentir estrés; simplemente la aceptan como un hecho normal de la vida. En este periodo suele preocuparles más la posibilidad de la viudez que la menopausia (Neugarten, 1967).

El contexto cultural también influye en los sentimientos de la mujer relacionados con su persona, su conducta y sus síntomas físicos. En palabras de Margaret Lock (1993), la menopausia y otras experiencias universales del envejecimiento son “productos [...] de una interacción permanente entre la biología y la cultura, en la cual ambas son contingentes”. Por ejemplo, en algunas castas de la India la menopausia tradicionalmente significa un estatus nuevo para la mujer. Ya no debe permanecer aislada de gran parte de la sociedad ni convivir



Muchas menopáusicas y posmenopáusicas se sienten felices por disponer de más tiempo para ellas ahora que su función procreativa ha llegado al final.

tan sólo con su esposo y su familia inmediata. Puede disfrutar la compañía de hombres y otras mujeres en una gama más amplia de situaciones sociales. En un estudio de un grupo de mujeres hindúes, ninguna mencionó los síntomas relacionados con la menopausia: excesivo malhumor, depresión o cefaleas (Flint, 1982). En opinión de algunos investigadores, la exagerada importancia que las culturas occidentales conceden a la juventud y al atractivo físico propicia los síntomas que algunas mujeres manifiestan durante la menopausia en esas sociedades.

Efectos a largo plazo La pérdida de estrógeno que acompaña la menopausia produce dos, posiblemente tres, efectos a largo plazo. Los dos efectos evidentes son los cambios de la masa ósea y de los genitales. El más controvertido es un mayor riesgo de enfermedades coronarias.

La masa mineral de huesos alcanza su nivel máximo entre los 25 y los 40 años de edad; después se mantiene estable durante varios años. Hombres y mujeres pierden masa ósea al ir envejeciendo, pero la pérdida es dos veces mayor en las mujeres y ocurre con mayor rapidez (Asso, 1983), de ahí que las fracturas sean 10 veces más frecuentes en ellas después de cumplir 50 años (Nathanson y Lorenz, 1982). La pérdida se acelera mucho terminada la menopausia, al parecer por la privación de estrógenos. La **osteoporosis**, término médico con que se designa la pérdida de masa ósea y el aumento de la fragilidad de los huesos (cualquiera que sea la causa), afecta a 25 millones de estadounidenses, en su mayoría mujeres. Casi la mitad de las posmenopáusicas de más de 50 años presentarán fracturas relacionadas con la osteoporosis (McBean y otros, 1994).

El segundo cambio físico a largo plazo y plenamente demostrado se produce en los genitales. La atrofia vaginal se debe a la reducción de los estrógenos. Los tejidos de la vagina, así como los de los labios y de otros tejidos circundantes, se encogen y se vuelven más delgados y resecos. La vagina se acorta y se hace más estrecha; además, disminuye la lubricación durante el coito, lo que puede ocasionar dolor o sangrado durante la relación sexual (Asso, 1983; Shepard y Shepard, 1982).

Sin embargo, las modificaciones anteriores no significan que las relaciones sexuales sean imposibles. Se trata de alteraciones graduales, de modo que una menopáusica o posmenopáusica puede seguir teniéndolas sin problemas. Pueden usar un lubricante o una jalea. Con la reposición hormonal se alivian y hasta se invierten muchos de los síntomas (Asso, 1983; Shepard y Shepard, 1982), aunque no es una panacea como se menciona en el recuadro “Teorías y hechos” de la página 490.

El efecto a largo plazo más controvertido se refiere a la relación existente entre la menopausia y las enfermedades cardiovasculares y los ataques cardíacos. Las mujeres presentan un menor índice de enfermedades cardiovasculares antes de la menopausia; después, el índice llega a ser casi tan elevado como el de los varones. Pese a ello, todavía no se determina si el incremento se debe a alteraciones menopáusicas; podrían relacionarse con otros aspectos del proceso de envejecimiento.

Cambios en los hombres Si bien los varones no presentan un proceso abrupto como el de la menopausia (Masters y otros, 1982), en ellos se observan cambios en su interés y actividad sexuales, en general entre los 40 y 50 años. Como en las mujeres, la magnitud de la alteración varía mucho y depende de la personalidad del individuo, de su estilo de vida y de factores culturales. Algunas modificaciones provienen de factores biológicos, sobre todo de una menor producción de andrógenos como la testosterona. Sin embargo, a diferencia de los estrógenos cuya disminución es considerable durante la menopausia, los andrógenos lo hacen de un modo gradual en un periodo más largo. No

osteoporosis Pérdida de la masa ósea y aumento de la fragilidad de los huesos durante la madurez y en los años posteriores.

TEORÍAS Y HECHOS

TERAPIA DE REPOSICIÓN HORMONAL Y OTROS TRATAMIENTOS

Esta terapia sirve para tratar los efectos a corto y a largo plazos de la menopausia, ya sea mediante suplementos de estrógenos o de progesterona, ya sea mediante una combinación de ambos (Dan y Bernhard, 1989). Alivia síntomas como los bochornos y parece que contribuye a disminuir e incluso detener la evolución de la pérdida ósea, aunque no revierte el daño ya producido (Shepard y Shepard, 1982). Durante los primeros cinco años después de la menopausia, la pérdida ósea se debe casi por completo a la desaparición del estrógeno y sólo se reduce reponiéndolo (McBean y otros, 1994).

La terapia de reposición hormonal también se asocia con un menor índice de enfermedades coronarias y de muertes relacionadas con enfermedades cardiovasculares (Stampfer y otros, 1991). En un estudio longitudinal de más de 121,000 enfermeras, los investigadores médicos descubrieron que las que reciben el tratamiento presentan mucho menor riesgo de muerte por cardiopatía, al menos en los primeros años; los beneficios disminuyen con la administración prolongada (Grodstein y otros, 1997). En resumen, "... los beneficios de los estrógenos parecen superar con mucho los riesgos" (*New England Journal of Medicine*, 1997), pero sólo a corto plazo. Sin embargo, no se sabe con certeza si esta terapia ayuda a las mujeres a afrontar los síntomas psicológicos que a menudo acompañan a la menopausia.

El aspecto negativo consiste en que la administración de estrógenos puede asociarse con un mayor riesgo general de cáncer, sobre todo uterino (Lee y otros, 1986; Davidson, 1996). Si bien las investigaciones revelan asimismo que hay un nexo específico entre consumo prolongado y mayor riesgo de cáncer de mama (Grodstein y otros, 1997; véase también *Scientific American*, 1997), las pruebas no son concluyentes (Petrovitch y otros, 1997). Se considera que con una combinación de estrógenos y progesterona se reducen al mínimo los riesgos y quizás aumente la capacidad del estrógeno de prevenir la osteoporosis (Gambrell, 1987); la progesterona disminuye el sangrado uterino que se observa con la administración intermitente de estrógenos (*Journal of the American Medical Association*, 1996). Sin embargo, en todos los casos es necesario adaptar al individuo a la combinación particular de agentes de reposición hormonal. Además, los feministas sostienen que definir de hecho la menopausia como una "enfermedad" que necesita tratamiento a largo plazo, "medicaliza" un proceso normal del desarrollo y convierte en pacientes a una población de mujeres sanas (Gonyea, 1998).

Hay otras alternativas a la terapia de reposición hormonal. Se han venido acumulando pruebas de que una mayor ingestión de calcio aminora la pérdida ósea producida por la osteoporosis. Con el aporte de suficiente calcio durante la niñez y la juventud se crea la masa ósea que se necesitará durante toda la vida. Los estudios han demostrado que

las mujeres posmenopáusicas de mayor edad que consumen 800 mg de calcio al día sufren menos pérdida ósea que las que consumen 400. Sin embargo, los efectos positivos del calcio no se advierten en los primeros cinco años después de terminada la menopausia (Dawson-Hughes y otros, 1990). En la actualidad están en desarrollo otros medicamentos que previenen la osteoporosis posmenopáusica o que la reducen al mínimo (Rizzoli y Bonjour, 1997; Messtel, 1997).

Por último, el ejercicio de levantar pesas practicado de manera regular durante toda la vida contribuye a aumentar la densidad ósea y puede reducir el riesgo de la osteoporosis. Las posmenopáusicas que hacen ejercicio mejoran su fuerza, su estabilidad, su flexibilidad y equilibrio, de modo que están menos propensas a caerse y sufrir fracturas de los huesos (McBean y otros, 1994). Entre los ejercicios que acrecientan la masa ósea se encuentran correr, jugar tenis, levantar pesas y hacer aeróbicos de bajo impacto. Pero para que den buenos resultados hay que realizarlos por lo menos tres veces a la semana durante 30 a 45 minutos. La masa ósea que se obtiene con el ejercicio puede perderse cuando se interrumpe. En opinión de una investigadora fisiológica, Barbara Drinkwater: "A veces nos dicen que el ejercicio depositará hueso en nuestro banco. Creo que sería mejor decir que deposita hueso en nuestra cuenta de ahorros y en las asociaciones de financiamiento" (Skolnick, 1990).

obstante, los hombres manifiestan síntomas esporádicos como impotencia, micción frecuente y úlceras (Ruebsaat y Hull, 1975). Algunos pierden seguridad en sí mismos; otros se ven cansados, irritables y deprimidos. Varios de estos síntomas pueden estar relacionados con las alteraciones de los niveles hormonales; pero probablemente se deben a diversos tipos de tensiones psicológicas: presiones laborales, aburrimiento con un compañero sexual, responsabilidades familiares o miedo a la enfermedad.

La sexualidad en el periodo de la madurez

Como hemos visto, los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan a la madurez influyen sobremedida en el funcionamiento sexual de hombres y mujeres. La satisfacción sexual depende en gran medida de cómo respondan a éstos.



Aunque las capacidades sexuales disminuyen en la madurez, persisten los intereses sexuales y románticos de ambos sexos.

Por lo regular, durante la edad madura aminora la frecuencia de actividad sexual, lo mismo que los compañeros sexuales que una persona probablemente tenga en su vida (Michael y otros, 1994; Laumann y otros, 1994). Con todo, muchos individuos sanos pueden disfrutar —y lo hacen— una vida sexual satisfactoria hasta los 70 años y después; la frecuencia de la conducta sexual no conoce fronteras raciales ni étnicas. Los cambios fisiológicos explican en parte la disminución de la actividad sexual, pero a veces se reduce por enfermedad. Los problemas de salud que la inhiben son trastornos físicos como hipertensión, diabetes y enfermedades coronarias, así como problemas emocionales como la depresión. Además, los medicamentos con que se tratan tienen a veces efectos negativos en la actividad sexual. Por ejemplo, los bioquímicos usados en el tratamiento de la enfermedad coronaria pueden tener como efecto secundario la impotencia. También los tranquilizantes suelen amortiguar el deseo sexual.

La falta de oportunidades es otro factor más. Las presiones de tiempo relacionadas con la edad madura debilitan el interés sexual. Las presiones profesionales y familiares dejan a las parejas poco tiempo o energía para el sexo. Los problemas interpersonales y familiares reducen aún más la interacción sexual de algunas personas (Weg, 1989).

Para muchos adultos, la sexualidad se redefine en esta etapa de la vida y se da mayor importancia a la sensualidad, que abarca varias expresiones físicas que no siempre culminan en el acto sexual. Abrazar, tomar la mano de la pareja, tocar y acariciar son expresiones igualmente válidas de una sexualidad madura como de afecto e interés por el otro (Weg, 1989). En las mujeres, los cambios fisiológicos de la menopausia no eliminan la capacidad para la función sexual. Pero quizá necesiten más tiempo para alcanzar el orgasmo. Algo semejante ocurre en los hombres, quienes tal vez tarden más en lograr la erección y el orgasmo. Por tanto, como hombres y mujeres necesitan más tiempo, tiene lugar una conducta sexual más orientada a compartir, a diferencia de lo que sucedía en años anteriores en que todo se concentraba con mayor urgencia en conseguir el orgasmo (Weg, 1989). Una compensación consiste en que los hombres de edad madura pueden mantener la erección más tiempo (Masters y otros, 1982).

Un aspecto negativo consiste en que, a menudo, aumentan la ansiedad y la insatisfacción sexuales en los hombres de edad madura (Featherstone y Hepworth, 1985). Además del estrés relacionado con el trabajo y del aburrimiento con una pareja sexual de muchos años, una mala condición física puede afectar la actividad sexual del hombre. Si el sexo le provoca ansiedad o si ha sufrido un

episodio de impotencia o de erección parcial, quizás empiece a creer que la edad ha aminorado su capacidad sexual. Para protegerse de otros “fracasos”, rehuye el sexo o quizás inicie un amorío, a menudo con una mujer más joven.

Sin embargo, surge un patrón una y otra vez: las personas de edad madura, cuyas relaciones sexuales son poco frecuentes, consideran erróneamente que sus conocidos disfrutaban una vida sexual activa y satisfactoria; muchos hombres creen que la llamada “crisis del séptimo año” está afectando a muchas de esas personas, aunque no es así (Michael y otros, 1994). Estas ideas erróneas pueden aumentar su insatisfacción. En efecto, como señalan Robert Michael y sus colegas, los medios de comunicación masivos dan la impresión de que la gente siempre está haciendo el amor, tanto en el matrimonio como fuera de él. No es así. Los resultados de su encuesta a gran escala “corroboran la idea extraordinariamente tradicional del amor, del sexo y del matrimonio”, en la cual predomina la monogamia y la poca frecuencia con que se tienen relaciones sexuales.

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Cuáles son algunos de los cambios más importantes en los funcionamientos sensorial y motor durante la madurez?
2. Describa los cambios físico y emocionales a corto y a largo plazos relacionados con la menopausia.
3. ¿Cuáles son algunas de las formas en que la sexualidad va cambiando en la madurez?

Salud y enfermedad

Con los cambios físicos normales que ocurren durante la madurez se relacionan los cambios en la salud, algunos de los cuales están vinculados a enfermedades propias de esta etapa de la vida. Conforme el cuerpo empieza a envejecer, se hace cada vez más vulnerable a la enfermedad. Las personas de edad madura se percatan de su mortalidad cuando ellas o sus amigos se enferman. En esta sección estudiaremos los principales padecimientos que las afectan; los efectos acumulativos de los buenos o malos hábitos de salud; las relaciones entre raza, pobreza y salud; el nexo entre estrés y enfermedad. Pero antes presentaremos algunas estadísticas que nos dan buenas noticias.

Buenas noticias sobre el envejecimiento y la salud

El Estudio Longitudinal del Envejecimiento de Baltimore (como lo resume Nancy Shute, 1997) presenta los siguientes resultados positivos:

- Es posible detener o disminuir muchas pérdidas de función asociadas con el envejecimiento.
- Aun después de los 70 años, sólo de 20 a 30 por ciento de las personas muestran síntomas de cardiopatía.
- Apenas 10 por ciento de las personas mayores de 65 años contraen la enfermedad de Alzheimer; gran parte del deterioro cognoscitivo de los ancianos (que explicaremos más adelante en el capítulo) es atribuible a enfermedades que pueden atenderse.
- Es bueno para la salud ganar un poco de peso a partir de los 40 años de edad; claro que las personas de edad madura deben evitar la obesidad, pero no vale la pena preocuparse por perder dos o cinco kilogramos.

- Por último, una aclaración: las personas no se vuelven más caprichosas al envejecer. Quienes son caprichosas en la edad madura también lo fueron en su juventud.

Principales enfermedades en la madurez

En Estados Unidos, los accidentes son la principal causa de muerte entre la gente de edad madura. Sin embargo, en ese mismo periodo empiezan a aumentar los fallecimientos a causa de la enfermedad (National Center for Health Statistics, 1995). Algunas afecciones se convierten en grandes problemas y otras afectan a un sexo más que a otro (vea la tabla 14-1). A lo largo de gran parte del ciclo vital, la mortalidad de los varones en cualquier edad duplica a la de las mujeres de la misma edad, en parte porque suelen trabajar más en ocupaciones peligrosas. También intervienen factores psicológicos: suelen preocuparse menos por su salud porque les han enseñado que el hombre debe ignorar el dolor; es menos probable que visiten al médico cuando se sienten enfermos o para que les haga un examen general. También existe la posibilidad de que los hombres tengan mayor predisposición genética a ciertos padecimientos.

En las siguientes secciones hablaremos de las principales enfermedades que afectan a la población estadounidense durante esta etapa de la vida.

Enfermedades cardiovasculares Estas afecciones, que entre otras incluyen cardiopatías, arteriosclerosis e hipertensión, son la causa principal de muerte. Las cardiopatías representan 35 por ciento de los fallecimientos y el 28 por ciento de las muertes de personas cuya edad fluctúa entre 45 y 64 años de edad (National Center for Health Statistics, 1995). A lo largo de la edad madura, representa un riesgo mayor para los varones. Antes de la menopausia las mujeres están menos propensas a ataques cardíacos que los hombres, en parte porque su cuerpo produce estrógeno. Terminada la menopausia, las cardiopatías se convierten en un problema creciente también para ellas, pero incluso entonces un número menor de mujeres de este grupo de edad muere a consecuencia de un ataque cardíaco.

Tabla 14-1 Principales causas de muerte de hombres y mujeres entre los 45 y los 64 años de edad*

Causa	Varón	Mujer
Cardiopatías	314.1	122.7
Cáncer	306.7	245.0
Accidentes	42.6	15.8
Enfermedades cerebrovasculares	33.7	26.5
Enfermedades hepáticas crónicas	31.3	12.2
Enfermedades pulmonares crónicas	29.0	22.5
SIDA	28.7	Menos de 3.0
Suicidio	23.1	6.9
Diabetes	23.0	9.8
Neumonía	13.6	7.7

*Ordenadas por rangos según las tasas de los hombres.

Nota: las cifras representan los números anuales de muertes por cada 100,000 habitantes.

Fuente: National Center for Health Statistics (1995).

Cáncer El cáncer es la segunda causa principal de muerte entre toda la población, pero en los últimos años se ha convertido en la primera causa de muerte entre las personas de 45 a 64 años de edad (National Center for Health Statistics, 1995). Sigue creciendo la mortalidad global por cáncer. Afecta más a los hombres que a las mujeres, pero la diferencia no es tan grande como en el caso de las cardiopatías. Los varones de edad madura suelen morir más de cáncer pulmonar, aunque empieza a subir el índice de las mujeres (National Center for Health Statistics, 1995).

Diabetes La diabetes es otra afección cuyo índice y gravedad aumentan durante la madurez; puede complicar otros problemas físicos, con consecuencias fatales. La mitad de los tres millones de diabéticos que viven en Estados Unidos tienen de 45 a 64 años de edad (Ebersole, 1979); mueren de diabetes casi la misma cantidad de personas de ambos sexos (National Center for Health Statistics, 1995).

Enfermedades respiratorias Estas afecciones representan un problema en la edad madura. Los hombres están mucho más propensos a la bronquitis, el asma y el enfisema (National Center for Health Statistics, 1990).

Enfermedades relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) Ocupan el séptimo lugar entre las causas de muerte de los varones de edad madura, pero el índice es más bajo en las mujeres.

Algunas enfermedades propias de esta edad son menos serias, pero aun así causan gran malestar y dificultan la vida diaria. La artritis, por ejemplo, aqueja a muchos hombres y mujeres en esta etapa.

Efectos acumulativos de los hábitos de salud

Por fortuna, la mayoría de las personas de edad madura no sufrirán ninguna de las enfermedades serias y mortales que acabamos de describir. En Estados Unidos, la esperanza de vida para los que cumplen 45 años es de unos 79 años (National Center for Health Statistics, 1995). Más de 80 por ciento de los que llegan a los 45 años sobreviven y se mantienen en buena salud por lo menos hasta los 65 años. Varios investigadores han señalado que aunque el promedio de vida no ha ido mucho más allá de los 85 años para cualquier subgrupo de la población, una proporción considerable conserva una salud relativamente buena en esta etapa de la vida.



Las personas de edad madura que hacen ejercicio suelen conservar una vitalidad juvenil y un sentido de bienestar.

Hábitos de buena salud En parte, la longevidad se atribuye a los hábitos de buena salud. Con una dieta balanceada y nutritiva, con suficiente ejercicio y un cuidado regular de su salud, muchos viven una adultez activa y prolongada (Fries y Crapo, 1981; Siegler y Costa, 1985). En efecto, muchos expertos en el área de la salud piensan que con un programa de ejercicio regular, con un menor estrés y una dieta sana es posible disminuir el proceso del envejecimiento y seguir funcionando con vitalidad juvenil y con un sentido de bienestar durante la madurez y después de ésta (Fries y Crapo, 1981). Numerosos estudios han demostrado que el ejercicio, antes y después de la madurez, pueden mejorar la resistencia y las capacidades físicas (Weg, 1983). Ciertos tipos de ejercicios, sobre todo los aeróbicos, tienen por objeto aumentar la capacidad cardiaca y pulmonar, lo que suministra al organismo más oxígeno y, por lo mismo, más energía. Incluso los programas de ejercicios físicos ligeros a corto plazo, destinados a adultos mayores sedentarios, producen un impresionante aumento de la fuerza y la actividad cardiaca y pulmonar (Sidney, 1981). Con el ejercicio regular es posible disminuir el deterioro del tejido muscular, reducir la grasa del cuerpo, ayudar a prevenir el deterioro de las articulaciones y combatir algunas clases de artritis (Brody, 1979).

Diagrama de estudio • Cambios físicos en la madurez

Tipo de cambio	Características
Sensación	Disminución de la agudeza visual, salvo en el caso de objetos lejanos. Pérdida de audición, sobre todo de los sonidos de alta frecuencia. Deterioro del gusto, del olfato y de la sensibilidad al dolor.
Tiempo de reacción	Disminución lenta del tiempo de reacción.
Cambios internos	Disminución de la actividad del sistema nervioso. Rigidez y encogimiento del esqueleto. Pérdida de elasticidad en la piel y en los músculos; aparición de arrugas. Acumulación de grasa subcutánea. Disminución de la capacidad cardíaca y pulmonar.
Cambios relacionados con el sexo	
Menopausia	Cese de la ovulación y de la menstruación. Disminución de la producción de estrógeno. Encogimiento del útero y reducción del tamaño de los senos. Bochornos; sudores nocturnos. Pérdida de la masa ósea (osteoporosis). Atrofia vaginal.
Cambios del hombre	Disminución gradual en la producción de andrógenos. Aumento de la vulnerabilidad a ciertos padecimientos.
Salud	Enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias y enfermedades relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana.

Malos hábitos de salud Sus efectos acumulativos durante la juventud se manifiestan en la madurez. La mayoría de los padecimientos crónicos empiezan a desarrollarse mucho antes de ser diagnosticados. Entre éstos figuran en primer plano los problemas relacionados con el tabaquismo. El tabaquismo contribuye al cáncer (en pulmones, boca, faringe, laringe, esófago, colon, estómago, páncreas, cuello uterino, riñones, uretra y vejiga), a las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, a la arteriosclerosis, la hipertensión, etc. De las más de dos millones de muertes que se registraron en Estados Unidos durante 1990, 20 por ciento (400,000) se debieron a enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Fue la causa de más de 25 por ciento de los fallecimientos entre las personas de 35 a 64 años. La estadística anterior no debería sorprendernos pues, además de la nicotina, el humo del cigarro contiene 42 sustancias más capaces de producir cáncer (Bartecchi y otros, 1995).

A pesar de 40 años de campañas en los medios relacionadas con los peligros del tabaquismo, en Estados Unidos uno de cada cuatro adultos sigue fumando. Aunque el porcentaje ha disminuido de modo considerable desde la década de 1960 —cuando 41 por ciento de los adultos fumaba—, a los funcionarios de salud pública les preocupaba que el porcentaje de fumadores permaneciera constante entre 1990 y 1993 pese a los esfuerzos constantes por advertir al público sobre los peligros que el tabaquismo entraña para la salud. En parte, este consumo tan elevado se debe a la eficacia de los programas de marketing que, entre otras cosas, incluyen la preponderancia creciente de las marcas de descuento que hacen más accesibles los cigarrillos. En 1987, esas marcas representaban apenas 10 por ciento del mercado; al cabo de seis años su participación en el mercado aumentó a 36 por ciento. Los grupos demográficos más vulnerables al tabaquismo son los varones de raza blanca, los indios de Estados Unidos y de Alaska, las personas con menor escolaridad y las que se encuentran por debajo del nivel de pobreza (Bartecchi y otros, 1995).

Los efectos a largo plazo del abuso del alcohol se manifiestan durante la madurez.



Fumar regularmente es sólo uno de los hábitos que propician trastornos crónicos. El consumo excesivo de cualquier estupefaciente, incluido el alcohol, acarrea consecuencias a largo plazo. A medida que el hígado y los riñones envejecen, empiezan a eliminar de manera menos eficaz la acumulación extraordinaria de sustancias en el cuerpo. Su daño acumulativo empieza a hacerse evidente durante la madurez (Rowe, 1982). En 1990, en Estados Unidos se atribuyeron aproximadamente 100,000 muertes evitables al consumo de alcohol; la ingestión ilícita de otras sustancias fue una de las causas de 20,000 fallecimientos (Bartecchi y otros, 1995).

Los efectos a largo plazo del tabaquismo, del abuso del alcohol y el consumo habitual de otras sustancias perjudiciales normalmente se agravan con otros hábitos prolongados, como la desnutrición y la falta de ejercicio regular. En la tabla 14-2 se resumen algunos hábitos de estilo de vida y otros factores que propician la aparición de trastornos crónicos (Weg, 1983).

Estrés y salud

Cada vez se cuenta con más pruebas de que el estilo de vida tiene una influencia profunda en la salud. En particular, el estrés es un factor importante en muchas de las enfermedades de la edad madura. Por ejemplo, en el caso de las cardiopatías se dan interrelaciones complejas entre estilo de vida, personalidad, factores genéticos y estrés. En general, los estudios sobre el estrés y las enfermedades coronarias se han concentrado en los varones, pues sufren cardiopatías con más frecuencia que las mujeres.

Una pregunta importante es qué tipos de estrés son peligrosos. ¿Genera un gran estrés el mero hecho de llegar a la madurez? ¿Y qué decir de la necesidad de redefinir las metas, ajustarse a los roles cambiantes en la familia, ceder el poder a competidores más jóvenes o enfrentar las primeras señales de envejecimiento biológico? La tabla 14-3 contiene algunos acontecimientos potencialmente estresantes que encontramos a lo largo de la vida. Para calcular los valores del estrés de los sucesos incluidos en la tabla, un grupo de individuos de todas las edades clasificaron cada situación atendiendo al estrés que produce. Por ejemplo, juzgaron que la muerte del cónyuge es el suceso más estresante y le asignaron un valor de 100. En el otro extremo, consideraron ligeramente estresante un cambio en los hábitos de alimentación y le asignaron un valor apenas de 15. Por ser la madurez un periodo en que se pierde al cónyuge por muerte, divorcio o



El nivel del estrés de una persona depende de su reacción subjetiva ante un acontecimiento o situación.

Tabla 14-2 Enfermedades y estilos de vida

Trastornos/enfermedades	Factores del estilo de vida
Enfermedades del corazón y del sistema circulatorio	Dieta elevada en grasas, sal y carbohidratos refinados; sobrepeso; estilo de vida sedentario; tabaquismo; ingestión excesiva de alcohol, alcoholismo; estrés continuo sin resolver; tipo de personalidad
Apoplejías	Estilo de vida sedentario; dieta baja en fibra y elevada en grasas o sal; ingestión excesiva de alcohol, alcoholismo (que favorece la aterosclerosis, la arteriosclerosis y la hipertensión, factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares)
Osteoporosis y enfermedades dentales y de las encías	Desnutrición: insuficiencia de calcio, proteínas, vitamina K, fluoruro, magnesio y vitamina D; falta de ejercicio; inmovilidad; para las mujeres, bajo nivel de estrógenos
Enfermedades pulmonares como el enfisema	Tabaquismo; contaminación ambiental; estrés; hábitos sedentarios
Obesidad	Poca eliminación de calorías (estilo de vida sedentario), ingestión elevada de calorías; altos niveles de estrés; consumo excesivo de alcohol, alcoholismo; poca autoestima
Cáncer	Posible correlación con el tipo de personalidad; estrés; exposición a carcinógenos ambientales durante largo tiempo; deficiencias y excesos en la alimentación; radiación; hormonas esteroideas sexuales; aditivos alimentarios; tabaquismo; carcinógenos ocupacionales (por ejemplo, el asbesto); virus; disminución de la inmunidad
Demencia y otras formas de pérdida de la memoria	Desnutrición; enfermedad prolongada y falta de descanso; abuso de drogas; anemia; otras enfermedades orgánicas; duelo; aislamiento social
Disfunción sexual	Ignorancia (el anciano y la sociedad en general); actitudes sociales estereotipadas; socialización temprana; pareja inapropiada o ausencia de ella; efectos de los fármacos (por ejemplo, antihipertensivos); periodos prolongados de abstinencia; enfermedad seria

Fuente: según Aging: *Scientific Perspectives and Social Issues* de D. W. Woodruff y J. E. Birren. Copyright © 1983, 1975 Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, CA 93950, división de International Thomson Publishing Inc. Reimpreso con autorización de la editorial.

separación y en que se dan cambios como la jubilación temprana y la enfermedad, es fácil entender que en la madurez las personas están muy expuestas a niveles mucho muy elevados de estrés.

Pero el estrés no se debe exclusivamente a los acontecimientos de la vida. También es importante la forma en que los percibimos e interpretamos. Una y otra vez los investigadores han señalado que un mismo suceso puede ocasionar gran estrés a un individuo y ser visto como un “reto positivo” por otro (Chiriboga y Cutler, 1980; Lazarus, 1981). La exposición esporádica a hechos de esta índole puede constituir un fuerte estímulo para continuar desarrollando la personalidad. Otro factor es que si un acontecimiento se anticipa o se espera, puede causar menos estrés que si ocurriera de manera repentina o sin aviso. Y otro más es que los efectos de estos hechos son *acumulativos*: si varios acontecimientos estresantes se producen al mismo tiempo, su impacto será mayor que si ocurriera sólo uno o dos. En otras palabras, el impacto de un suceso estresante depende de las

Tabla 14-3 Escala de los tipos de estrés de los acontecimientos de la vida

Acontecimiento	Valor	Acontecimiento	Valor
Muerte del cónyuge	100	Embarazo	40
Hijo o hija que abandonan el hogar	29	Cambio en los hábitos recreativos	19
Divorcio	73	Problemas sexuales	39
Problemas con parientes políticos	29	Cambio en las actividades religiosas	19
Separación conyugal	65	Llegada de un nuevo miembro a la familia	39
Logro personal sobresaliente	28	Cambio en las actividades sociales	18
Condena carcelaria	63	Reajuste de negocios	39
El cónyuge empieza a trabajar o deja de trabajar	26	Hipoteca o préstamos menores de \$10,000 [en 1967]	17
Muerte de un pariente cercano	63	Cambio de la situación económica	38
Inicio o terminación de la escuela	26	Cambio en los hábitos de dormir	16
Lesión o enfermedad personal	53	Muerte de un amigo cercano	37
Cambio en las condiciones de vida	25	Cambio en el número de reuniones familiares	15
Matrimonio	50	Cambio a otra línea de trabajo	36
Revisión de hábitos personales	24	Cambio en los hábitos de alimentación	15
Despido en el trabajo	47	Cambio en el número de discusiones conyugales	35
Problemas con el jefe	23	Vacaciones	13
Reconciliación conyugal	45	Hipoteca o préstamo mayores de \$10,000 [en 1967]	31
Cambio en el horario o en las condiciones de trabajo	20	Temporada navideña	12
Jubilación	45	Juicio de una hipoteca o préstamo	30
Cambio de residencia	20	Violación menor de la ley	11
Cambio de salud en un miembro de la familia	44	Cambio en las responsabilidades del trabajo	29
Cambio de escuela	20		

Fuente: The Social Readjustment Rating Scale de T. H. Holmes y R. H. Rahe, *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, 11(2), 213-218. Copyright 1967, Pergamon Press, Ltd. Reimpreso con autorización.

circunstancias del momento (preocupaciones económicas, legales o familiares), la alteración que cause en las rutinas diarias y hasta qué punto representa un peligro personal. Richard Lazarus (1981) señala que en ocasiones la acumulación de pequeñas nimiedades causa más estrés a la larga que los grandes cambios de vida (consúltese el recuadro “Teorías y hechos” en la página siguiente).

Raza, pobreza y salud

Los grupos minoritarios y los pobres sobrellevan la carga más pesada de las enfermedades y la muerte. Es una carga presente durante toda la vida, pero se pone de manifiesto sobre todo en la madurez y en años posteriores. En gran medida, la mala salud de estos sectores está ligada a una mayor incidencia de conductas poco saludables: tabaquismo, ingestión de alcohol, abuso de drogas y obesidad. Las consecuencias son devastadoras. Por ejemplo, en el grupo de edad de 45 a 64 años, la mortalidad entre los negros casi duplica la de los blancos (Kovar, 1992; National Center for Health Statistics, 1995), aunque también intervienen los elevados índices de asesinatos en algunos barrios negros de bajos ingresos.

TEORÍAS Y HECHOS

LOS PEQUEÑOS PROBLEMAS Y EL ESTRÉS

¿Alguna vez se ha sentido a punto de explotar cuando lo exacerban las dificultades comunes de la vida; por ejemplo, cuando la tintorería del barrio le quemó su traje nuevo o cuando quedó atrapado durante una hora en un congestionamiento de tránsito y no pudo asistir al primer acto de una obra teatral que llevaba meses esperando ver? Desde hace mucho se piensa que los estallidos menores, la irritación y el enojo son consecuencias de molestias de este tipo. Pero los efectos de estas frustraciones pueden ser mucho más serios, al menos así opinan Richard Lazarus (1981) y sus colegas de la Universidad de Berkeley.

Para probar su afirmación y determinar si las experiencias satisfactorias, agradables y placenteras contrarrestan los efectos negativos de los problemas cotidianos, estudiaron a 100 hombres y mujeres de 48 a 52 años de edad durante un año. Al inicio, los sujetos llenaban una escala de acontecimientos de la vida compuesta por 24 reactivos, semejantes a los de la tabla 14-3. Cada mes llenaban una lista de comprobación de "pequeños problemas" compuesta por 117 reactivos y otra de "pequeños éxitos" compuesta por 135 reactivos. Para averiguar cómo influían unos y otros en la salud de los participantes, al inicio y al final del año les hicieron llenar cuestionarios que medían su salud física y mental y se les hicieron otras mediciones de los cambios en su salud.

Los resultados del estudio plantean serias dudas sobre la creencia de que los grandes acontecimientos de la vida son la causa principal del estrés. Según Lazarus,

las contrariedades cotidianas predicen la salud física y mental de una persona mucho mejor que los grandes acontecimientos. Los sujetos a quienes se les abrumaba con pequeñas nimiedades presentaban más problemas de salud física y mental que aquellos cuya vida transcurría con una calma relativa. Por el contrario, los que habían experimentado hechos importantes como el divorcio o la muerte de un pariente cercano no mostraron problemas graves de salud durante el periodo del estudio. Aquellos cuya salud había sido afectada por grandes acontecimientos los habían sufrido durante dos años y medio antes de comenzar el estudio. Por tanto, aunque existe un nexo entre esos acontecimientos y la salud a largo plazo, los pequeños problemas parecen determinar el bienestar a corto plazo.

Lo anterior no significa que no haya relación entre los grandes acontecimientos de la vida y los pequeños problemas. El divorcio, la muerte del cónyuge o hasta el matrimonio pueden producir un efecto en espiral que crea una fuente aparentemente inagotable de malestares. El hombre que se divorcia después de 30 años de matrimonio se dará cuenta, por ejemplo, de la dificultad de preparar su comida, limpiar la casa y no tener a su lado una pareja sexual. Desde luego, no todos respondemos de la misma manera a las frustraciones diarias. En nuestra forma de reaccionar influyen la personalidad y el estilo de afrontamiento. Además, Lazarus comprobó que la frecuencia, la duración y la intensidad del estrés interactúan y determinan si nos sentiremos abrumados o no. Si no encontramos la cartera, la bolsa o si nos han enyesado una pierna, estaremos menos preparados para asimilar la

notificación de que el banco nos rechazó un cheque.

¿Nos ayudan un poco los pequeños éxitos? ¿Contrarrestamos la presión de los problemas cotidianos con la noticia de un incremento salarial o con la agradable sensación que nos procura la familia? Por desgracia, el estudio citado reveló que los pequeños éxitos contribuyen poco a compensarlos.

Los 10 pequeños problemas y éxitos más importantes, propuestos por Lazarus

Pequeños problemas

1. Preocupación por el peso
2. Salud de un miembro de la familia
3. Aumento de los precios de los bienes de consumo
4. Mantenimiento de la casa
5. Muchas cosas que hacer
6. Extravío o pérdida de cosas
7. Trabajo en el patio o mantenimiento externo de la casa
8. Propiedad, inversión o impuestos
9. Delito
10. Aspecto físico

Pequeños éxitos

1. Relacionarse bien con el cónyuge o la pareja
2. Relacionarse bien con los amigos
3. Terminar un trabajo
4. Sentirse saludable
5. Dormir bien
6. Comer fuera de casa
7. Cumplir con las responsabilidades
8. Visitar, telefonar o escribir a alguien
9. Pasar tiempo con la familia
10. Tener una casa agradable

Además de los homicidios, las estadísticas muestran que los negros suelen morir más de cardiopatías, hipertensión, cáncer, diabetes, accidentes y SIDA que los blancos. Por otra parte, la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, por diabetes, hipertensión y SIDA es mayor entre los hispanos que entre los estadounidenses de origen europeo (National Center for Health Statistics, 1990, 1995).

Las diferencias anteriores se deben a diversos factores sociales. Aunque con las intervenciones médicas y los cambios en los estilos de vida se atenúan los efectos de muchas enfermedades, los afroamericanos y los hispanos suelen no recurrir al sistema de atención médica mientras no se encuentren en un estado de emergencia (por lo que no pueden ser rechazados en las salas de urgencias de los hospitales). Los niveles elevados de pobreza, junto con la falta de un seguro de gastos médicos, desalientan la utilización de los estudios de diagnóstico de laboratorio, los exámenes físicos y otros métodos de detección temprana (Harlan

y otros, 1991; Kravitz y otros, 1990; Solis y otros, 1990). En particular, la probabilidad de tener un seguro médico es menor entre los hispanos que entre los blancos o los afroamericanos; el doble de hispanos que de blancos acuden a las salas de urgencias como su fuente primaria de atención médica. Las barreras culturales y del idioma les dificultan aún más la atención médica. Las investigaciones revelan que los hispanos que hablan inglés suelen tener más una fuente regular de atención médica que los que sólo hablan español (Council on Scientific Affairs, 1991).

Los malos hábitos de salud que aumentan los factores de riesgo están ligados en forma indisoluble a un sentido de desvalidez y a una vida en condiciones sociales difíciles (Williams, 1992). El cigarro, el alcohol, las drogas, la ingestión excesiva de alimentos ayudan a que la gente enfrente el estrés diario, razón por la cual el índice de esos hábitos es mayor entre los grupos minoritarios. Un investigador al estudiar el tabaquismo entre los afroamericanos señaló que “los cigarrillos les permiten levantarse y encarar el mundo, tranquilizarse cuando la tensión se vuelve imposible de soportar” (Mausner, 1973). Conforme a un estudio de la Asociación Estadounidense para el Estudio del Cáncer (American Cancer Society), una tercera parte de los afroamericanos fuman para aliviar la tensión (U.S. Department of Health and Human Services, 1985). Se da, pues, una especie de intercambio: aunque estos hábitos producen consecuencias negativas a largo plazo, ofrecen a los pobres y a los que están en desventaja una inmediata compensación fisiológica y psicológica que les permite enfrentar las preocupaciones de la vida diaria (Williams, 1992).

REPASE Y APLIQUE

1. Identifique las principales enfermedades que afectan a los adultos de edad madura y explique las relaciones entre malos hábitos de salud y la aparición de esos problemas.
2. Explique la forma en que afecta el estrés a la salud durante la madurez.
3. ¿Por qué los grupos minoritarios y los pobres soportan la carga más pesada de los problemas de salud?

Continuidad y cambio cognoscitivo

Si bien los estudios longitudinales han indicado una y otra vez que el envejecimiento se acompaña de un deterioro de la actividad cognoscitiva, ahora sabemos que el deterioro es mucho más gradual de lo que los investigadores habían supuesto hace apenas 30 años. Se produce un deterioro serio a una edad mayor de lo que se creía y sólo en ciertas áreas del funcionamiento intelectual. Algunos aspectos de la inteligencia mejoran en la madurez y posteriormente, sobre todo entre los adultos con formación universitaria que siguen activos (Schaie, 1983, 1995). Contra el estereotipo de que el desarrollo intelectual alcanza su nivel máximo en la adolescencia o en la juventud, algunas capacidades cognoscitivas continúan perfeccionándose en la edad madura, en especial en áreas relacionadas con el trabajo y con la vida diaria (Willis, 1989).

inteligencia fluida Área general de inteligencia que abarca las capacidades que se emplean cuando se aprenden cosas nuevas, incluye la memorización, el razonamiento inductivo y la percepción rápida de las relaciones espaciales. Se piensa que esta clase de inteligencia alcanza su nivel máximo ya bien entrada la adolescencia.

inteligencia cristalizada Área general de la inteligencia que incluye emitir juicios, analizar problemas y extraer conclusiones de información y conocimientos basados en la experiencia. Este tipo de inteligencia, que se basa en la educación y cultura en general, aumenta a lo largo del ciclo vital.

Inteligencia fluida frente a inteligencia cristalizada

Una forma de ver los cambios cognoscitivos que se operan en la madurez y en años posteriores es la propuesta por John Horn (1982), quien distinguió entre **inteligencia fluida** e **inteligencia cristalizada**. Ambos tipos influyen en las puntuaciones de las pruebas de inteligencia, pero analicémoslos por separado.

La inteligencia fluida consta de las capacidades que aplicamos al nuevo aprendizaje: la memorización, el razonamiento inductivo y la percepción de nuevas relaciones entre los objetos y los hechos. La designación *inteligencia fluida* es una metáfora en el sentido de que estos procesos básicos “fluyen” hacia otras actividades intelectuales: reconocimiento, aprendizaje, análisis y resolución de problemas (Horn, 1982; Neugarten, 1976). Se piensa que la inteligencia fluida aumenta al cabo de la adolescencia o hasta el inicio de la adultez, y se deteriora después en forma gradual en el resto de la vida al ocurrir lo mismo con la eficiencia y la integridad del sistema nervioso (Horn, 1982).

En cambio, la inteligencia cristalizada es el conocimiento que se logra con la educación formal y con las experiencias de la vida en general; se trata del conjunto de conocimientos e información que vamos acumulando con el tiempo. A semejanza de la inteligencia fluida, sirve para descubrir nuevas relaciones, hacer juicios y analizar problemas; pero se diferencia en que las estrategias antes adquiridas se aplican ampliamente. La gente adquiere este tipo de inteligencia por medio de la educación formal y también mediante el contacto diario con la cultura. A diferencia de la inteligencia fluida, la inteligencia cristalizada suele mejorar a lo largo de la vida en quienes no sufren daño cerebral, mientras permanezcan alertas y capaces de recibir información y de registrarla (Neugarten, 1976). Cuando se aplican pruebas que miden las habilidades que comprenden este tipo de inteligencia, los sujetos alcanzan calificaciones más elevadas entre los 50 y 60 años que entre los 20 y 30. Esto explica por qué los estudiosos y los científicos, cuya obra se basa fundamentalmente en la experiencia y en el conocimiento acumulados, suelen ser más productivos de los 40 a los 70 años que entre los 20 y 30 (Dennis, 1966; Simonton, 1990). En conclusión, en cierto modo el incremento de la inteligencia cristalizada compensa la decadencia de la inteligencia fluida.

Problemas de investigación ¿Qué pruebas hay de que la inteligencia fluida se deteriore y de que la inteligencia cristalizada aumente? Se trata de un problema difícil de la investigación y, como todos los problemas, los resultados dependerán de cómo lo estudiemos. En los capítulos 1 y 13 nos referimos a las diferencias existentes entre los estudios longitudinales y los transversales. Recuerdese que los primeros constan de la realización de varias mediciones de los mismos individuos en el tiempo y que los segundos consisten en medir a varias personas de distinta edad. Al examinar la inteligencia en la adultez, Horn y sus colegas (1980) se sirvieron de un método transversal con varios tipos de pruebas. Como se aprecia en la figura 14-1, las mediciones de vocabulario, información general y de un elemento llamado *evaluación de experiencias*



Según Lazarus, el mantenimiento de la casa es uno de los pequeños problemas centrales de la vida.

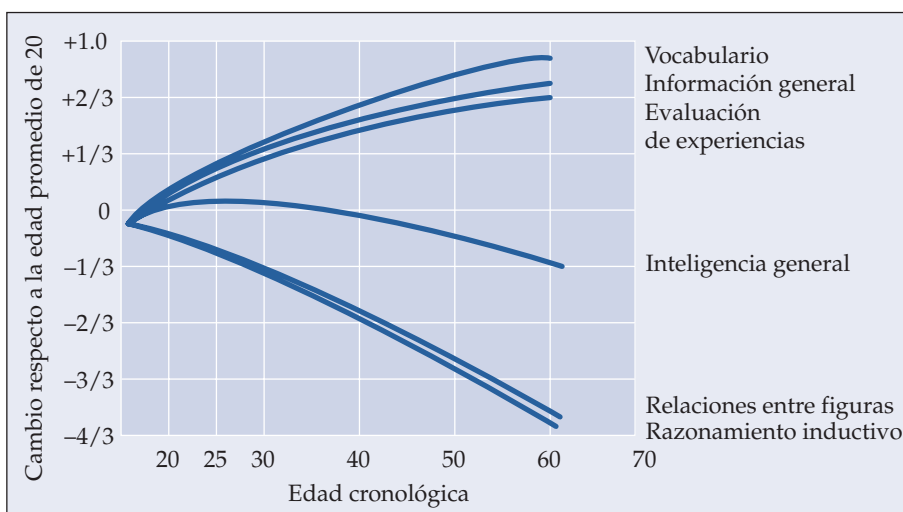


Figura 14-1

Comparación entre los cambios de la inteligencia fluida y de la inteligencia cristalizada durante la adultez.

De acuerdo con Lazarus, un ambiente hogareño placentero constituye una de las fuentes de motivación más importantes en la vida.



eran mucho más elevadas en los individuos de entre 40 y 50 que de entre 20 y 30 años. En cambio, las mediciones de las relaciones entre figuras y razonamiento inductivo eran mucho más bajas en personas de entre 50 y 60 que en los más jóvenes (Horn y Donaldson, 1980).

Pero recuerde que en un estudio transversal los sujetos de cada nivel de edad provienen de una cohorte distinta. Nacieron en otra época y sus experiencias han sido diferentes. Las cohortes más jóvenes recibieron una mejor educación formal, gozan de mejor salud y han recibido una alimentación más sana durante mucho tiempo. A las cohortes de mayor edad se les educó de una manera muy distinta a la de las generaciones más jóvenes. Se concedía más importancia a ciertos tipos de capacidades intelectuales; por ejemplo, a principios del siglo xx los docentes daban prioridad a la memorización mecánica de los hechos sobre la comprensión de lo que se aprendía en esa forma.

¿Qué sucede entonces cuando aplicamos el método longitudinal? Los resultados de los estudios varían un poco; pero entre los sujetos con un nivel escolar elevado siguen aumentando muchas de las capacidades estudiadas. Según una investigación muy amplia efectuada por Warner Schaie (1983, 1995), al parecer algunas clases de capacidades intelectuales, tanto fluidas como cristalizadas, aumentan o se mantienen intactas durante gran parte de la adultez y empiezan a deteriorarse después de los 60 años de edad. No obstante, recuerde que también los estudios longitudinales prolongados plantean problemas. Es difícil lograr que los sujetos vuelvan una y otra vez para someterse a las evaluaciones: algunos se niegan a participar de nuevo, otros se enferman y otros más mueren. Las comparaciones de los que continúan participando con los que desertan indican que, en promedio, estos últimos obtuvieron calificaciones más bajas en las pruebas iniciales. Por tanto, el aumento de algunas puntuaciones quizá se deba a la pérdida de un número excesivo de quienes recibían calificaciones bajas.

¿Qué pasa si nos concentramos en los cambios individuales y no en los promedios? En términos generales, observamos que entre 45 y 60 por ciento de los sujetos mantienen un nivel estable del desempeño intelectual global —tanto fluido como cristalizado— hasta bien entrados en los 70 años de edad. Algunos (de 10 a 15 por ciento) muestran a menudo una mejoría en su desempeño de los 73 a los 76 años. Un grupo ligeramente más numeroso (30 por ciento) muestra deterioro, por lo menos a los 60 años.

En conclusión, los individuos manifiestan una gran variación en su crecimiento y deterioro intelectuales. Algunos presentan una disminución en la fluidez verbal y el razonamiento numérico, pero no en otras áreas cognoscitivas. Unos cuantos se mantienen estables o hasta mejoran su desempeño en las pruebas relacionadas con las habilidades verbales y numéricas. Cabe señalar que el razonamiento inductivo no parece decaer en forma más notable que otras capacidades (Schaie, 1983). En general, las pérdidas durante la edad madura son muy limitadas. De hecho, a menudo se observan aumentos en las puntuaciones globales de las pruebas de inteligencia hasta finales de los 30 o comienzos de los 40, seguidos por un periodo de relativa estabilidad hasta mediados de los 50 o comienzos de los 60. En promedio, al parecer sólo la fluidez verbal y el razonamiento numérico muestran un deterioro estadísticamente significativo antes de cumplir 60 años (Schaie, 1990).

Consecuencias para el funcionamiento intelectual Así, pues, al parecer muchos adultos conservan durante la edad madura un elevado nivel de actividad dentro de un amplio espectro de capacidades intelectuales. Se observan, además, amplias diferencias individuales. Algunas de las capacidades que se clasifican como inteligencia fluida se deterioran un poco más rápido en algunas personas, pero su deterioro no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. En una investigación, se comprobó que el deterioro se relacionaba con la complejidad de la vida de los sujetos. Las capacidades intelectuales persistían más tiempo y hasta mejoraban en los que tenían más oportunidad de estimulación ambiental, mayor satisfacción en su vida, menos ruido en el ambiente, una familia intacta, gran interacción social e influencias culturales constantes (Schaie, 1983).

Hay un factor que sí parece disminuir durante la madurez. Las habilidades que exigen rapidez van haciéndose cada día más difíciles a medida que envejecemos: poco a poco la velocidad de varios procesos psicomotores empieza a disminuir a causa del deterioro físico/neurológico. Los adultos maduros compensan la reducción de agilidad aumentando la eficiencia y los conocimientos generales (Salthouse, 1990). Las actividades intelectuales que se practican en forma constante y que se emplean normalmente en la solución de problemas ordinarios o en el trabajo conservan elevados niveles de eficiencia (Botwinick, 1977).

Adaptamos el desarrollo intelectual para atender las exigencias del ambiente. Si queremos tener éxito en un trabajo o en cierta red social, debemos concentrarnos en adquirir algunas habilidades y relegar otras (Lerner, 1990). Esta tendencia puede ser una de las razones por las que muchas personas de edad madura y mayores muestran un desempeño menor que los adultos jóvenes en las pruebas de razonamiento abstracto (Labouvie-Vief, 1985). Tienden a colocar los problemas dentro de su contexto y a hacerlos concretos: piensan en función del significado práctico y dan poca importancia al razonamiento abstracto, lo cual disminuye sus puntuaciones.

Es evidente que uno de los factores centrales de la cognición durante la madurez es la riqueza de las experiencias de la vida. Si reflexiona un poco, se preguntará por qué cuando se estudian el aprendizaje y la memoria se compara a estudiantes universitarios con personas mayores con instrumentos que contienen exclusivamente tareas e información nueva y quizá sin sentido, como sucede en la mayoría de las investigaciones. Lo hacen para no confundir el conocimiento acumulado con las capacidades "básicas" de pensar y razonar. Los estudiantes universitarios se hallan en un periodo de la vida en que manejar la nueva información es una importantísima habilidad de adaptación. Las personas maduras logran su mejor desempeño cuando pueden utilizar las experiencias y conocimientos que han venido acumulando (Labouvie-Vief, 1985). Por tanto, en vez de medir las capacidades cognoscitivas de los adultos maduros conforme a estrategias propias de los jóvenes, quizá deberíamos medir la cognición adulta en función de la experiencia y de la pericia (Salthouse, 1987).



Por lo visto, muchos adultos de edad madura siguen funcionando con un elevado nivel intelectual.

La experiencia es un factor que permite a los adultos maduros seguir siendo productivos.



Experiencia y pericia

Como hemos visto, algunos aspectos del funcionamiento cognoscitivo se deterioran de manera gradual a partir de la madurez; ¿por qué entonces tantas personas, sobre todo las que ocupan puestos directivos, no pierden su competencia en el trabajo?, ¿en qué se distinguen los expertos viejos y los principiantes en la flor de la vida? Cuando alguien permanece intelectualmente activo, la edad aporta *más* conocimientos —tanto **declarativos** (factuales) como **procedimentales** (información práctica o relativa a la acción)— gracias al ejercicio y perfeccionamiento conscientes de las habilidades.

Así, pues, la pericia compensa el deterioro cognoscitivo de la madurez. Esto lo corroboran investigaciones exhaustivas. El conocimiento experto está mejor organizado; existen más interconexiones entre las unidades de información, incluidos los esquemas. Las habilidades expertas muestran mayor *automaticidad* (vea el capítulo 6), con lo cual liberan la capacidad consciente del cerebro al mismo tiempo que disminuyen ciertas capacidades de la memoria y de la concentración. Los expertos reconocen rápida y fácilmente los patrones y los relacionan con los procedimientos y con las respuestas apropiadas (Glaser, 1987). Es un proceso que se aplica de manera general a expertos tan distintos como los físicos, los programadores de computadoras, los músicos, los jugadores de bridge, los cocineros y los jardineros.

Los expertos recuerdan mejor la información relevante y trascendente, pero tienen las mismas limitaciones que los principiantes en lo que se refiere al recuerdo de material desorganizado, no estructurado o sin relación con un problema en particular. Este punto lo ejemplifica un experimento con jugadores de ajedrez. Se les clasificó como viejos y jóvenes, expertos y personas de habilidad intermedia; se les asignaron dos tareas. Primero les mostraron tableros de ajedrez con un juego iniciado y se les pidió recordar la posición de todas las piezas. Los jóvenes ajedrecistas tuvieron un mejor desempeño que los de mayor edad, pero el nivel de habilidad no contaba en absoluto. Después se les pidió que hicieran una jugada apropiada. Los expertos (tanto jóvenes como viejos) lograron un desempeño mucho mejor, pues para hacerla no necesitaban recordar dónde se encontraban todas las piezas. La memoria de los expertos era selectiva y organizada; se concentraba en las conexiones entre los patrones de las piezas y las jugadas más convenientes (Charness, 1981; Salthouse, 1987).

En conclusión, la experiencia no garantiza la conservación de una habilidad: los ajedrecistas más viejos no recordaban la posición de todas las piezas. Las

conocimiento declarativo Conocimiento factual; saber “qué”.

conocimiento procedimental Conocimiento de la acción; saber “cómo”.

mecanógrafas de mayor edad son más lentas en condiciones controladas; los arquitectos ancianos muestran pérdidas en sus habilidades visuales-espaciales (Salthouse y otros, 1990). Con todo, la experiencia compensa el deterioro. Los arquitectos con más experiencia saben casi de manera automática qué materiales serán los más idóneos para una construcción. Las mecanógrafas de mayor edad leen series más largas de palabras, con lo que aumenta la rapidez de la escritura. Estas compensaciones permiten a los adultos maduros y ancianos mantenerse productivos en el trabajo (Salthouse, 1990). En su actividad influyen evidentemente las oportunidades que ofrece el ambiente para obtener y aprovechar estas compensaciones. Los hallazgos anteriores demuestran que a menudo el desarrollo supone un intercambio: a medida que una habilidad se deteriora, otra mejora (Baltes, 1987).

En resumen, la pericia incluye un desarrollo ininterrumpido de la competencia; habilidades y conocimientos propios de determinada área o campo; un conocimiento muy procedimental u orientado a las metas; un reconocimiento rápido que reduce al mínimo la necesidad de una búsqueda exhaustiva en la memoria; habilidades generalizadas de pensamiento y de resolución de problemas (Glaser, 1987). Una vez más, una experiencia amplia no sólo tiende a aumentar la información, sino, además, a mejorar su organización. Continuamente reestructuramos nuestro sistema de conocimientos para hacerlo más cohesivo, correcto y accesible. Este proceso se aplica a un conocimiento tan común como el uso de la sección comercial del directorio telefónico o a los conocimientos profesionales; por ejemplo, cómo efectuar de manera más eficiente un procedimiento técnico. Las pruebas cognoscitivas pocas veces miden los efectos que la experiencia tiene en el conocimiento y en la solución de problemas entre los adultos mayores (Salthouse, 1987).

Las capacidades cognoscitivas según el contexto

Para los adultos maduros, el trabajo es el contexto en el que siguen desarrollándose sus capacidades cognoscitivas. Éstas se hallan estrechamente vinculadas a las exigencias de su labor. Los que sin cesar afrontan los retos de la complejidad de su puesto alcanzan calificaciones más elevadas en las pruebas de flexibilidad intelectual que quienes realizan labores rutinarias (Kohn, 1980; Kohn y Schooler, 1983, 1990). Es decir, los adultos con un grado más elevado de *auto-dirección ocupacional* —uso regular del pensamiento, iniciativa y juicio independiente— muestran, asimismo, más flexibilidad intelectual (Schooler, 1987).

Cada vez es mayor la necesidad de flexibilidad en el ámbito del trabajo. El cambio tecnológico reclama que aprendamos nuevas habilidades, ya sea para conservar el empleo o para encontrar otro (consúltese el recuadro “Estudio de la diversidad”, página 506). Los adultos de edad madura, con la capacidad y la habilidad cognoscitivas para aprender nuevas tareas y con la flexibilidad para asumir responsabilidades más difíciles, están en mejores condiciones de enfrentar las exigencias de un trabajo cambiante (Willis, 1989). Es una capacidad muy útil sobre todo en campos como la medicina, la ingeniería y la informática en los que el conocimiento pronto se vuelve obsoleto conforme van surgiendo adelantos y cambios. En lo que se refiere a las computadoras, es casi un trabajo de tiempo completo mantenerse al día en hardware, en sistemas operativos y en nuevos programas. De hecho, casi la mitad de los conocimientos de los expertos en el área quedan obsoletos en un lapso de dos o tres años (Cross, 1981; Dubin 1972).

El concepto de obsolescencia es muy importante durante la madurez porque la instrucción formal suele terminar años antes; sin embargo, en el último siglo se ha alargado muchísimo el tiempo que los adultos dedican al trabajo activo. En el cambiante lugar de trabajo de nuestros días, la obsolescencia es casi inevitable si no nos adaptamos a los nuevos métodos y tecnologías. A diferencia

ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD

DE REGRESO A LA ESCUELA EN LA EDAD MADURA

Visualice a un estudiante universitario “característico”. ¿Qué ve? ¿A un adulto joven? ¿A alguien que pasó directamente de la preparatoria a la universidad? ¿A alguien que todavía mantienen sus padres durante una “adolescencia extendida”? La respuesta no por fuerza es alguna de esas posibilidades. Los campus están llenos de individuos de 18 a 22 años de edad; pero también hay estudiantes no tradicionales de mayor edad que vuelven a la escuela. En Estados Unidos, más de 2.8 millones de personas mayores de 35 años asisten a la universidad en programas de dos y cuatro años o de posgrado. En el periodo comprendido entre 1980 y 1995, los estudiantes de más de 35 años aumentaron 46 por ciento (U.S. Census Bureau, 1997).

Esta impresionante tendencia coincide con el reconocimiento de que el ser humano es un aprendiz permanente con capacidades cognoscitivas que le permiten adaptarse a la vida diaria. A pesar de los estereotipos sociales de que el tiempo de la instrucción escolar termina después de la adolescencia y la juventud, las personas maduras a menudo necesitan obtener la información y las habilidades necesarias para cumplir con las exigencias de su trabajo (Willis, 1989). Es una necesidad tanto para los banqueros como para los expertos en computación, quienes trabajan en campos que han venido cambiando de manera radical en los últimos años.

Algunos estudiantes de edad madura vuelven al aula para enriquecer su vida

personal o para terminar una educación inconclusa; sin embargo, hay muchos que lo hacen por obligación. Algunos están desempleados, víctimas de la reestructuración de las empresas. Otros, tanto hombres como mujeres, ingresan al mercado laboral luego de pasar muchos años en casa dedicándose totalmente a sus deberes paternos o maternos. Una planificadora financiera que haya dejado de trabajar cinco años para criar a su hija tal vez deba ser recertificada para que una compañía la contrate. Incluso los adultos que ocuparon puestos de medio tiempo en los años de procreación volverán a la escuela para adquirir los conocimientos y las habilidades que les permitan conseguir un empleo de tiempo completo. Esto se observa sobre todo en los campos con un elevado grado de obsolescencia profesional. Pero, sin importar las razones por las que se reanuda la formación escolar, las investigaciones demuestran que la mayoría de los estudiantes de edad madura son muy escrupulosos en lo que respecta a su trabajo. Asisten regularmente a clases y en general obtienen calificaciones más altas que otros segmentos de la población estudiantil (Saslow, 1981).

Para regresar a la escuela se necesitan muchos ajustes y casi siempre el apoyo de otros miembros de la familia. Hace falta, además, la evaluación personal de las propias capacidades y habilidades. El rol del estudiante suele ser muy distinto a otros que desempeñan los adultos maduros; se necesita una capacidad considerable de adaptación para ser un alumno subordinado a profesores más jóvenes. El

adulto maduro también deberá convivir con estudiantes de mucha menor edad, y la diferencia cronológica puede causar desconcierto. La inseguridad personal se observa de ordinario cuando las personas mayores vuelven al ambiente escolar y deben efectuar en forma prescrita algunas actividades desconocidas.

Antaño los colegios y las universidades dificultaban el éxito de los alumnos mayores (Women's Reentry Project, 1981). Debido a programas de tiempo completo y muy rígidos, a algunos adultos de edad madura les costaba mucho organizar su tiempo para cumplir otras responsabilidades. No siempre contaban con una asesoría psicológica adecuada; los que asistían a algunas clases descubrían que la transferencia de créditos, la consecución de ayuda económica y hasta la admisión estaban orientadas exclusivamente a las necesidades de estudiantes de tiempo completo cuya edad fluctuaba entre 18 y 22 años.

En la actualidad la situación ha cambiado en la generalidad de los colegios de estudios superiores y las universidades. Como saben que los estudiantes no tradicionales seguirán asistiendo a estas instituciones y que cada día son más importantes para conservar la matrícula, han hecho, pues, ajustes radicales para atender sus necesidades. Algunas instituciones cuentan con programas para ellos; otras tratan de incorporarlos al resto de la población ofreciendo un programa completo de cursos diarios, vespertinos y de fines de semana abiertos tanto a los estudiantes tradicionales como no tradicionales.

de 1900, cuando el adulto común pasaba 21 años en la fuerza laboral, en 1980 la cifra creció a 37 años. Además, los años laborables se caracterizan ahora por múltiples cambios de empleo que hacen necesario dominar conocimientos y habilidades más recientes, de ahí que “durante la instrucción formal no podamos obtener todo el conocimiento relevante que necesitamos en la vida profesional. El individuo debe seguir actualizándose en el periodo de la adultez” (Willis, 1987). Por fortuna, el desarrollo cognoscitivo continuo es posible en el área de las habilidades que se “ejercen” de manera ordinaria en el trabajo, sobre todo en profesiones en las que hay que tomar decisiones complejas y emitir juicios independientes que favorecen el desarrollo cognoscitivo (Willis, 1989).

Cambios funcionales de la cognición

Otra forma de estudiar el desarrollo cognoscitivo del adulto consiste en analizar los cambios *funcionales*. Schaie (1977-1978) propone que es la función de la inteligencia la que cambia con el tiempo y no su naturaleza. En el capítulo 12 dijimos que el

joven se halla en la etapa de *realización*. Usa la inteligencia fundamentalmente para resolver problemas de la vida real que tienen consecuencias a largo plazo: escoger empleo o cónyuge. En la madurez, entra en la etapa de la *responsabilidad*. Ahora las responsabilidades con el cónyuge, los hijos, los compañeros de trabajo y la comunidad influyen de modo decisivo en la toma de decisiones. Para algunos este periodo adopta una forma un poco distinta y recibe el nombre de etapa *ejecutiva*, la cual se aplica a administradores, funcionarios gubernamentales y ejecutivos corporativos cuyas decisiones influyen en la vida de muchas personas.

En la vejez cambian otra vez los usos del intelecto. En la etapa *reintegrativa*, las personas vuelven a tener contacto con sus intereses, valores y actitudes personales. Se muestran renuentes a realizar actividades como una prueba de inteligencia que tienen poca relación con la vida cotidiana. Piensan en forma abstracta, pero pocas veces abordan problemas por el simple gusto de resolverlos como lo haría un adulto joven.

En conclusión, los cambios intelectuales —en especial en la madurez— consisten básicamente en la orientación de la inteligencia y en la forma de aplicarla; no se trata en absoluto de un deterioro de las facultades intelectuales.

REPASE Y APLIQUE

1. Describa las diferencias entre la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada.
2. ¿Qué relación guarda el funcionamiento cognoscitivo del adulto con el cambio tecnológico y la obsolescencia profesional?
3. ¿Cómo influye la experiencia en el desarrollo y en el funcionamiento cognoscitivo durante la madurez?

RESUMEN

Desarrollo en la madurez

- Los psicólogos del desarrollo no coinciden en qué momento comienza y termina la madurez. En gran parte, la respuesta depende de las experiencias del individuo.
- El envejecimiento se caracteriza por diversas señales; a saber: los estatus social y familiar, los cambios físicos y biológicos, y los indicios psicológicos.
- Las condiciones económicas, la clase social y la época que nos toca vivir influirán en la forma de ver este periodo.
- Casi todos experimentan una sensación de ambivalencia durante este periodo. Puede ser la mejor época de la vida, pero la mayoría de la gente piensa que su tiempo se agota.
- Si bien algunos investigadores creen que el adulto pasa por una crisis de madurez, según el modelo de la transición el desarrollo se caracteriza por grandes acontecimientos de la vida susceptibles de preverse y de planearse.
- La madurez es el tiempo en que comenzamos a hacer un inventario de la vida. Al examinar su vida unos se sienten eficientes y competentes, pero otros sufren.

- Los que están más propensos a una crisis de la madurez suelen evitar la introspección y recurren a la negación para no pensar en los cambios de su cuerpo y de su vida.

Continuidad y cambios físicos

- Los cambios físicos son los que se asocian con mayor claridad con la madurez.
- Las capacidades visuales son bastante estables hasta los 40 o principios de los 50 años y después empiezan a mermar. La audición pierde agudeza después de los 20 años y se deteriora de modo gradual. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor disminuyen en forma más paulatina y menos perceptible.
- El tiempo de reacción y las habilidades motoras suelen disminuir, aunque el desempeño se mantiene bastante estable gracias a la práctica y la experiencia constantes.
- Entre los cambios internos cabe mencionar la reducción de la actividad del sistema nervioso, la rigidez y el encogimiento del esqueleto, y la pérdida de elasticidad en la piel y en los músculos.

- En la mujer el cambio interno más notable es la menopausia, es decir, el cese de la ovulación y la menstruación. Esto forma parte del climaterio, conjunto de efectos físicos y psicológicos que acompañan los cambios hormonales de la madurez.
- La menopausia se caracteriza por síntomas físicos como bochornos y sudores nocturnos. Algunas mujeres experimentan además alteraciones psicológicas como la depresión. Las investigaciones señalan que la mayoría no responden en forma negativa a la menopausia.
- La pérdida de estrógenos que se observa durante la menopausia hace disminuir la masa ósea (osteoporosis) y produce adelgazamiento y resequedad del tejido vaginal. También puede aumentar el riesgo de enfermedades coronarias.
- Si bien en el varón no hay un hecho individual relativamente abrupto que se asemeje a la menopausia, el hombre sufre modificaciones que se manifiestan en su interés y actividad sexuales, éstas dependen de su personalidad y de su estilo de vida.
- La frecuencia de la actividad sexual en general disminuye en la madurez. No obstante, muchos individuos sanos disfrutan una vida sexual satisfactoria. En el caso de muchos adultos, éstos redefinen la sexualidad y conceden mayor importancia a diversas expresiones físicas como los abrazos, el tomarse de la mano y las caricias.

Salud y enfermedad

- Es posible detener o posponer muchas pérdidas de funcionamiento asociadas con el envejecimiento; y gran parte del deterioro cognoscitivo de las personas mayores es atribuible a enfermedades tratables.
- Entre los principales padecimientos de la edad madura se encuentran las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias y las enfermedades relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana. (Consúltase el diagrama de estudio en la página 495.)
- En parte, la longevidad se atribuye a los buenos hábitos de vida: una dieta balanceada y nutritiva, suficiente ejercicio y un cuidado regular de la salud.
- En la madurez se manifiestan los efectos de los malos hábitos de salud de la juventud: tabaquismo, abuso del alcohol y consumo habitual de otras sustancias perjudiciales.
- El estrés influye en muchas enfermedades propias de la edad madura. Los grandes acontecimientos de la vida, como la muerte del cónyuge, causan estrés, pero su impacto depende de cómo se perciban y se interpreten. Más aún, a la postre, la acumulación de pequeñas nimiedades causa en ocasiones más estrés que los grandes acontecimientos de la vida.
- En los grupos minoritarios la mala salud se asocia con un mayor índice de conductas poco saludables. Además, las minorías suelen desaprovechar el sistema de atención médica y recurren a éste sólo en casos de urgencia.

Continuidad y cambios cognoscitivos

- John Horn distingue entre inteligencia fluida e inteligencia cristalizada. La primera consta de las capacidades que se aplican al nuevo aprendizaje; la segunda se compone de los conocimientos que se obtienen con la instrucción escolar y las experiencias de la vida.
- A diferencia de la inteligencia fluida, la cristalizada suele aumentar a lo largo de la vida, siempre que nos mantengamos alertas y podamos recibir y registrar la información.
- La mayoría de las personas conservan un nivel estable de desempeño intelectual general hasta bien entrada la séptima década de su vida; pero muestran gran variación en su crecimiento y deterioro intelectuales.
- El deterioro de la inteligencia fluida parece relacionarse con la complejidad de nuestra vida. La estimulación ambiental, la satisfacción con la vida, una familia intacta y factores similares contribuyen a mantener las capacidades intelectuales.
- Conforme la gente va envejeciendo, las habilidades que exigen rapidez se vuelven cada vez más difíciles.
- La pericia compensa el deterioro cognoscitivo que se da durante la madurez. Los expertos reconocen rápida y fácilmente los patrones y los relacionan con los procedimientos y respuestas correspondientes.
- Los elementos que comprenden la pericia presentan: el desarrollo ininterrumpido de la competencia; los conocimientos y habilidades propios de un área o campo en especial; los conocimientos procedimentales o muy orientados a las metas; las habilidades generalizadas de pensamiento y de resolución de problemas.
- El campo laboral es el contexto en el que la mayoría de las personas desarrolla sus capacidades cognoscitivas de modo continuo. Los que muestran un elevado grado de autodirección profesional poseen, asimismo, gran flexibilidad intelectual, rasgo que cada día se vuelve más necesario en el ámbito del trabajo.
- De acuerdo con Schaie, el desarrollo cognoscitivo del adulto presenta varios cambios funcionales. En la etapa de realización, la inteligencia sirve primordialmente para resolver problemas de la vida real; en la etapa ejecutiva o de responsabilidad, las obligaciones para con otros influyen mucho en la toma de decisiones; en la etapa regenerativa, volvemos a establecer contacto con nuestros intereses, valores y actitudes.

CONCEPTOS BÁSICOS

modelo de transición
modelo de crisis
menopausia

climaterio
osteoporosis
inteligencia fluida

inteligencia cristalizada
conocimiento declarativo
conocimiento procedimental

UTILICE LO QUE APRENDIÓ

Algunas veces es difícil distinguir la realidad y el mito. Ahora que la gente vive más tiempo y goza de mejor salud, descubrimos que algunas de nuestras ideas acerca de la madurez —perpetuadas por los medios de comunicación y la literatura popular— son demasiado estrechas, exageradas o simplemente erróneas.

Haga una lista de los adjetivos que se le ocurran relacionados con este periodo. ¿Coinciden con los concep-

tos de crisis de la edad madura, del “inicio del fin” y de los estereotipos y mitos relacionados con ella? ¿Concuerdan las características de su lista con los resultados de las investigaciones que expusimos en este capítulo? ¿Corresponden a los vecinos y a los miembros de su familia que se hallan en esta etapa de la vida?

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

CUTLER, W. B. y GARCÍA, C. R. (1992). *Menopause: A guide for women and those who love them* (edición revisada). Nueva York: Norton. Guía informativa sobre la salud de la mujer, con especial hincapié en los síntomas de la menopausia y las decisiones que toman las mujeres acerca de su salud.

GALLAGHER, W. (1993). Midlife myths. *The Atlantic* (mayo), 51-55, 58-65, 68-69. Artículo innovador y bien documentado acerca de los efectos y los mitos relacionados con la madurez.

GARDNER, H. (1993). *Creating minds: An anatomy of creativity seen through the lives of Freud, Einstein, Picasso, Stravinsky, Eliot, Graham and Gandhi*. Nueva York: Basic Books. Este científico, humanista y estudioso que consagró toda su vida a examinar el nacimiento del pensamiento humano, adopta una nueva perspectiva sobre el genio creativo. Esta interesante obra, a la vez análisis y biografía, nos ofrece un punto de vista fresco sobre la pericia y la generatividad.

GENOVESE, R. G. (1997). *Americans at midlife: Caught between generations*. Nueva York: Bergin y Garvey. En una presentación erudita pero accesible, Rosalie Genovese explora la madurez en el marco de las tendencias de una sociedad más amplia. Las tendencias incluyen una mayor esperanza de vida, una población que envejece, cambios en el matrimonio, en el divorcio y en la composición de la familia, así como el crecimiento de las familias de doble ingreso.

HUNTER, S. y SUNDEL, M. (1989). *Midlife myths: Issues, findings, and practice implications*. Newbury Park, CA: Sage. Excelente recopilación de estudios científicos sobre varios aspectos de la madurez.

MCCRAE, R. P. y COSTA, P. T. (1990). *Personality in adulthood*. Nueva York: Guilford Press. Esta presentación actualizada de los autores contiene teorías e investigaciones que ponen de relieve la continuidad de las características de la personalidad.

NOTELOVITZ, M. y TONNESSEN, D. (1993). *Menopause and midlife health*. Nueva York: St. Martin's Press. Una de las principales autoridades médicas ofrece esta guía exhaustiva acerca de la salud de la mujer durante la madurez. Analiza a fondo la alimentación, el ejercicio, el estrés, el abuso de alcohol y de otras sustancias perjudiciales, lo mismo que muchos aspectos de la menopausia, de la terapia de reposición hormonal, el riesgo del cáncer y muchos otros temas.

OPPENHEIM, M. (1994). *The man's health book*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Guía completa y útil para hombres de todas las edades.

SHEEHY, G. (1998). *The Silent Passage*. Nueva York: Pocket Books. Esta edición de bolsillo del éxito de ventas de Gail Sheehy es franco, brillante e ingenioso; abarca todo, de la menopausia temprana a los remedios chinos.

15

Madurez: desarrollo de la personalidad y socialización

CAPÍTULO



TEMARIO

Continuidad y cambio de la personalidad

Las tareas de la madurez

Reacciones personales ante la madurez

Familia y amigos: contextos interpersonales

La generación que dirige

Relaciones con los hijos adultos

Relaciones con los padres ancianos

Introducción a la vida de abuelo

Amistades: una perspectiva de toda la vida

La familia cambiante

Divorcio y segundas nupcias

Familias reconstituidas

Continuidad y cambios ocupacionales

Reevaluación a mitad de la carrera

El cambio de trabajo y el estrés

Investigación en Hispanoamérica

Construcción de la masculinidad en la escuela y la familia en jóvenes universitarios

Elsa S. Guevara Ruiseñor

Facultad de Psicología, UNAM, México

Esta investigación tuvo como objetivo conocer los procesos de socialización de la masculinidad que tienen lugar en la escuela y la familia de jóvenes varones. [...] Los resultados mostraron que los jóvenes que vivieron en familias menos jerárquicas, donde el padre participaba en las tareas domésticas y no se regían por valores religiosos, mostraron una postura más crítica a los modelos tradicionales de masculinidad y les permitió establecer relaciones más paritarias con las mujeres. A su vez, las escuelas o áreas profesionales con sistemas educativos más autoritarios y con mayores marcadores de género promovían modelos de masculinidad menos equitativos. La clase social, la pertenencia a un sector rural o urbano y los grupos de pares configuran escenarios adicionales que articulan estos procesos de socialización.

[...] La emergencia de nuevas prácticas y discursos en el orden de género por parte de los varones [...], así como la presencia de patrones más tradicionales o más progresistas responden a complejos procesos psicosociales producto de las articulaciones personales e institucionales que tienen lugar en la escuela y la familia. Especialmente significativo resulta el hecho de que ambas instituciones se refuerzan una a la otra y que son estas articulaciones las que permiten explicar su notable papel en los procesos de construcción de la masculinidad. Además, resulta importante constatar que la socialización de género no es un proceso pasivo de adopción de roles sino que implica una dinámica compleja donde los individuos participan activamente en la adopción de normas, valores y prácticas, aunque lo hacen en el marco de las posibilidades que les ofrecen sus condiciones específicas, ello puede introducir elementos novedosos en sus prácticas y relaciones que a su vez hacen posible transformar las instituciones. Otros factores como la clase social o la religión funcionan como campos articuladores de lo que ocurre en la escuela y la familia, pero cada una de estas instituciones tiene una dinámica propia que es necesario considerar.

[...] Así, pese a su pertenencia a una misma cohorte generacional, a su condición de universitarios e incluso, pese a la semejanza de clase social entre algunos de ellos, existen importantes diferencias que se pueden explicar, en gran medida, por las articulaciones institucionales que se dieron a lo largo de su vida entre la escuela y la familia. Entre aquellos jóvenes que vivieron en familias más tradicionales, que fueron educados en valores religiosos y se insertaron en



ambientes escolares más jerárquicos, encontramos las posturas y formas de relación más conservadoras. Quienes vivieron en familias con estructuras y formas de organización más equitativas, se educaron en valores laicos y se insertaron en ambientes escolares orientados democráticamente, establecen relaciones menos asimétricas con las mujeres y tienden a ser más flexibles respecto a los roles masculinos y femenino. Además, se hizo evidente que su inserción en el ambiente universitario tiene una influencia importante para reforzar o modificar sus concepciones respecto a los modelos dominantes de masculinidad. Algunas carreras refuerzan los referentes de estatus y poder más tradicionales, mientras que otras abren posibilidades de reflexión crítica respecto a las relaciones de género y facilitan prácticas de relación más equitativas. Ello obliga a pensar en el importante papel que tienen las instituciones de educación superior para socializar modelos de masculinidad que promuevan relaciones más equilibradas y formas de convivencia más justas entre hombres y mujeres.

Fuente: *Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*, abril de 2008.

Objetivos del capítulo



Cuando termine este capítulo, podrás:

1. Identificar las principales tareas del desarrollo de la madurez.
2. Describir algunos de los problemas más importantes que las personas maduras encaran como padres de adultos.
3. Describir algunos de los problemas más importantes que las personas maduras encaran como hijos de padres ancianos.
4. Explicar los problemas y las consecuencias del divorcio y de contraer segundas nupcias en la edad madura.
5. Explicar los problemas y las consecuencias de las familias reconstituidas.
6. Explicar algunos de los principales cambios ocupacionales que tienen lugar en la madurez, entre los que se cuentan la reevaluación profesional, el colapso laboral y la pérdida de empleo.

Hay un libro de Robert Kegan que lleva por título *In Over Our Heads* (1995), y con esta frase pretende describir la complejidad de los roles y las responsabilidades del adulto en el mundo moderno. En el texto de la contraportada se lee: “¿Habría quien se graduara si la cultura contemporánea fuera una escuela en la que el currículo incluyese todas las tareas y las expectativas de la vida moderna?” Esta idea parece especialmente oportuna en la madurez, periodo en que los adultos tratan de dar sentido a los cambios continuos en las exigencias de la paternidad / maternidad, a los roles en las relaciones íntimas y al mundo del trabajo, así como a los problemas generales del mundo: racismo, sexismo y tecnologías emergentes —en suma, una impresionante serie de inquietudes.

Podemos decir que hay pocas bases sólidas en las cuales apoyarse durante la madurez, pues los acontecimientos se precipitan y desencadenan un flujo constante de cambios sociales y cognoscitivos. No obstante, también podemos decir que es un periodo de continuidad de la personalidad y de las perspectivas. El cambio interno es gradual aun cuando nos sintamos abrumados por los cambios externos y los grandes sucesos de la vida.

Es justo en el contexto de la continuidad y el cambio que se dan la reflexión y la reevaluación. Entre los 40 y los 65 años de edad, reescribimos mentalmente nuestra biografía conforme transcurre el tiempo. Revisamos los guiones de nuestra vida a medida que experimentamos los grandes acontecimientos y transiciones (la muerte de un pariente, la enfermedad grave de un amigo, un nuevo empleo, el nacimiento de un hijo, el ingreso del último hijo a la secundaria o la preparatoria). Hacemos el inventario de nuestra vida, contemplamos nuestra mortalidad (sobre todo cuando un pariente o amigo muere o cae enfermo de gravedad) y ordenamos nuestros valores en un esfuerzo constante por decidir lo que en realidad importa en la vida. Al reflexionar, pensamos menos en cuánto hemos vivido y más en cuánto tiempo nos queda.

Las reflexiones y revaloraciones anteriores tienen lugar dentro del contexto de tres mundos interrelacionados: el yo, la familia y el trabajo (vea el capítulo 13). El adulto expresa su desarrollo de manera peculiar en esos tres ámbitos. Por ejemplo, los que optan por tener un hijo a los 40 años, por entrar y salir de la fuerza laboral muchas veces durante su carrera o por divorciarse y volverse a casar tendrán estilos de vida y experiencias muy distintas a quienes procrean a edad más temprana, tienen una profesión estable y viven toda la vida con el mismo cónyuge.

En este capítulo examinaremos la complejidad del desarrollo psicosocial en la madurez y nos concentraremos en las relaciones interpersonales y el trabajo. El cambio y la necesidad de ajustarse a éste son constantes durante este periodo, lo mismo que reordenar nuestra idea de cómo debieran ser las cosas. Por ejemplo, es en esta etapa en que muchas familias han de adaptarse a las consecuencias del divorcio, a las exigencias de las familias reconstituidas y al desempleo. Comenzaremos el capítulo analizando la continuidad y el cambio de la personalidad.

Continuidad y cambio de la personalidad

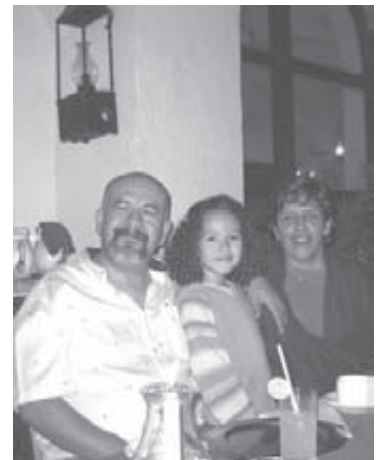
Al hablar de los acontecimientos de la adultez, en general los teóricos se refieren a los cambios de roles, a hechos más importantes, a los hitos, a los problemas críticos y a las tareas del desarrollo. La expresión concreta de estos elementos de continuidad y cambio están vinculados al ciclo de vida familiar y al modelo del desarrollo basado en su sincronización. Ciertas tareas del desarrollo definen la madurez, aunque las relacionadas con la juventud y la vejez pueden mezclarse con las de la madurez. Dichas tareas difieren también en el hombre y la mujer.

Las tareas de la madurez

Numerosos estudios recientes aportan pruebas de que esta etapa es muy diversa y variada (Lachman y James, 1997) y, en ocasiones, turbulenta. En otras palabras, también las personas de edad madura “crecen”, a menudo a raíz de los estresores físicos y sociales (Fiske y Chiriboga, 1990).

Carl Jung (1993/1960) fue uno de los primeros teóricos en subrayar la importancia de la segunda mitad de la vida: estaba convencido de que las personas mayores tienen una gran necesidad de encontrarle significado a su vida. Desde entonces se han propuesto varios modelos del desarrollo adulto que indican lo complejo que puede ser este periodo y los años posteriores. La mayoría de las personas maduras tienen hijos que se encuentran en la adolescencia o en la juventud y padres ancianos (Troll, 1989). Pero un número creciente de la población, entre quienes se cuentan los individuos de 40 a 50 años con hijos muy pequeños, pasa por muchos acontecimientos normativos a una edad mayor que la mayoría de los miembros de su generación. Tener hijos pequeños en la madurez es muy común entre las profesionistas que posponen la procreación y entre los divorciados que se casan con mujeres más jóvenes deseosas de tener un hijo. Estos adultos, aunque sean cronológicamente mayores, suelen compartir sus actividades y establecer amistades con otros que se encuentren en la misma etapa del ciclo de la vida familiar.

Generatividad frente a estancamiento De acuerdo con Erik Erikson (1981), el problema fundamental que se encara en esta época de la vida es el de la *generatividad frente al estancamiento*. Respecto de la generatividad, Erikson afirma que operamos dentro de tres dominios: el *procreativo*, que consiste en dar y en responder a las necesidades de la siguiente generación; el *productivo*, que consiste en integrar el trabajo a la vida familiar y cuidar a la siguiente generación; el *creativo*, que consiste en hacer aportaciones a la sociedad en gran escala. Además, la generatividad se expresa tradicionalmente en la mujer mediante actividades sociales, el trabajo y la inmersión en la maternidad y en el cuidado de los seres queridos (Peterson y Klohn, 1995). La investigación más reciente proporciona más pruebas de que la generatividad de la mujer se manifiesta en numerosos roles, entre ellos los de la familia y los del trabajo (MacDermid y otros, 1997).



Son cada vez más los adultos maduros que tienen hijos pequeños, de modo que experimentan los acontecimientos normativos de la vida a una edad mayor que la de casi todos sus coetáneos.

La alternativa de ambos sexos es el estancamiento y el sentido de ensimismamiento y de tedio. Algunos no perciben el valor de ayudar a la siguiente generación y tienen sentimientos recurrentes de llevar una vida insatisfactoria. Alcanzan pocos logros o demeritan los que han obtenido (Monte, 1987).

El modelo de Havighurst, tal como se aplica a la edad madura (vea el capítulo 12), se parece al de Erikson. Los dos modelos subrayan la importancia de establecer relaciones cada vez más complejas con otros y de adaptarse a los numerosos cambios que trae consigo este periodo. Sin embargo, de acuerdo con Erikson, las responsabilidades más importantes provienen del simple hecho de hallarse literalmente "en la mitad de la vida", entre la generación mayor y la más joven. Nos referiremos a las consecuencias de esto más adelante en el capítulo.

Extensión de la teoría de Erikson por parte de Peck Como resumimos en el capítulo 1, Erikson describió un proceso del desarrollo que dura toda la vida y que consta de ocho etapas. Ya nos hemos ocupado de las primeras seis en otras partes del libro; aquí abordaremos la séptima. La madurez, sin embargo, plantea otros aspectos importantes. A Robert Peck (1968) le interesa mucho ampliar la concepción de la segunda mitad de la vida que nos propone Erikson.

La principal crítica de Peck contra Erikson es que las ocho etapas conceden excesiva importancia a la niñez, la adolescencia y la juventud. Los seis problemas del desarrollo de esos periodos —confianza frente a desconfianza, autonomía frente a vergüenza y duda, iniciativa frente a culpa, laboriosidad frente a inferioridad, identidad del ego frente a su difusión e intimidad frente a aislamiento— provocan crisis serias que es preciso resolver en los primeros años. Según Peck, los problemas y procesos que se presentan en la madurez y la vejez son demasiados como para resumirlos en dos etapas: generatividad frente a estancamiento y, más tarde, *integridad frente a desesperación* (cuando las personas mayores examinan el pasado y evalúan su vida; vea el capítulo 17).

En este periodo de la madurez, todas las dificultades anteriores y su solución reaparecen de cuando en cuando, en especial en periodos de estrés y de cambio. Un repentino problema físico, digamos un ataque cardíaco, puede revivir las luchas con la autonomía y la dependencia a los 45 años de edad. La muerte del cónyuge a veces renueva las profundas necesidades de intimidad en el

En la madurez, algunas personas reconsideran sus prioridades; por ejemplo, un individuo puede decidir cambiar de carrera: convertirse en artista en vez de contador, en profesor en lugar de ejecutivo de publicidad.



sobreviviente. De hecho, cada ajuste importante en la vida puede exigir reevaluaciones y revisiones de las soluciones precedentes. Erikson pensaba que, cuando nos impactan circunstancias como la muerte del cónyuge, *debemos* revisar aspectos como la confianza básica, la autonomía, la iniciativa, la identidad y la intimidad, pues de lo contrario no podremos cultivar la generatividad adulta.

Al explicar los retos especiales de la vida adulta, Peck propone siete problemas o conflictos del desarrollo adulto que se sintetizan en la tabla 15-1. Los primeros cuatro son particularmente importantes en la madurez; los tres últimos adquieren importancia en la vejez, aunque la persona comienza a enfrentarlos desde la edad madura.

A semejanza de las etapas de Erikson, ninguno de los conflictos de Peck se restringe a la madurez ni a la vejez. Las decisiones tomadas en los primeros años de vida sientan las bases de las soluciones en los años de la adultez, y las personas maduras ya comienzan a resolver los desafíos que se les presentarán en la senectud. De hecho, las investigaciones señalan que el periodo comprendido entre los 50 y los 60 años constituye a menudo una etapa crítica para realizar ajustes que determinarán cómo viviremos el resto de nuestra vida (Peck y Berkowitz, 1964).

Tabla 15–1 Aspectos (conflictos) del desarrollo adulto según Peck

Madurez
<i>Aprecio de la sabiduría frente a aprecio de la fuerza física.</i> A medida que empiezan a deteriorarse la resistencia y la salud, las personas deben canalizar gran parte de su energía de las actividades físicas hacia las mentales.
<i>Socialización frente a sexualización en las relaciones humanas.</i> Es otro ajuste impuesto por las restricciones sociales y por los cambios biológicos. Los cambios físicos pueden obligar a redefinir las relaciones con miembros de ambos sexos, a dar prioridad a la camaradería sobre la intimidad sexual o la competitividad.
<i>Flexibilidad catéctica (emotiva) frente a empobrecimiento catéctico.</i> La flexibilidad emocional es el origen de varios ajustes que se hacen en la madurez cuando las familias se separan, cuando los amigos se marchan y los antiguos intereses dejan de ser el centro de la vida.
<i>Flexibilidad frente a rigidez mental.</i> El individuo debe luchar contra la tendencia a obstinarse en sus hábitos o a desconfiar demasiado de las nuevas ideas. La rigidez mental es la tendencia a dejarse dominar por las experiencias y los juicios anteriores; a decidir, por ejemplo, “Toda mi vida he rechazado a los republicanos (a los demócratas o a los independientes), de modo que no veo por qué deba cambiar de opinión ahora”.
Vejez
<i>Diferenciación del ego frente a preocupación por los roles laborales.</i> Si las personas se definen tan sólo en función de su trabajo o de su familia, acontecimientos como la jubilación, el cambio de ocupación, un divorcio o el hecho de que un hijo se marche de casa producirán sin duda una turbulencia en su vida. La diferenciación del ego significa definirse uno mismo como persona en formas que van más allá del trabajo o de los roles familiares.
<i>Trascendencia del cuerpo frente a preocupaciones por el cuerpo.</i> Este aspecto alude a la habilidad del individuo de no preocuparse por las molestias, dolores e incomodidades físicas que acompañan al proceso de envejecimiento.
<i>Trascendencia del ego frente a preocupación por el ego.</i> Esto es particularmente importante en la vejez. No debemos dejarnos llevar por los pensamientos relacionados con la muerte (la “noche del yo”, diría Peck). Los que envejecen de modo exitoso trascienden la perspectiva de su mortalidad, pues comparten muchas cosas con la generación más joven. Se trata de un legado que persistirá después de su muerte.

Reacciones personales ante la madurez

En la madurez, hombres y mujeres revaloran sus objetivos y reflexionan sobre si han alcanzado o no sus metas originales. Durante la juventud, tomaron decisiones y consolidaron su carrera; ahora reexaminan sus decisiones. Casi todos se dan cuenta de que, para bien o para mal, deben proseguir la carrera que eligieron. Quienes están insatisfechos con su trabajo, se encuentran desempleados o no han progresado cuanto quisieran, tal vez se sientan amargados o desanimados. Otros se limitan a reorganizar sus prioridades. Por ejemplo, algunos decidirán dedicar más tiempo a su familia y a otros compromisos interpersonales e incluso morales y menos tiempo al desarrollo profesional (Fiske, 1980).

Reacción de los varones ante la madurez Un grupo de investigadores entrevistaron a 300 hombres maduros en un estudio sobre las actitudes ante la familia, el trabajo y el yo físico (Farrell y Rosenberg, 1981). Descubrieron que reaccionaban ante la madurez en formas individuales, pero con algunas semejanzas. Casi todos ellos se sentían comprometidos con el trabajo y la familia. Habían establecido un estilo de vida que les ayudaba a afrontar los problemas que iban surgiendo. Muchos encaraban las mismas dificultades: cuidar a progenitores ancianos y dependientes, tratar con hijos adolescentes, aceptar sus limitaciones personales y reconocer su creciente vulnerabilidad física.

Aunque el bienestar psicológico del varón se ha ligado tradicionalmente a su rol laboral, ahora se sabe que también las relaciones familiares son en extremo importantes en esta etapa. En palabras de los investigadores: “Nuestro contacto con las familias demostró que lo que un hombre siente en la madurez depende muchísimo de la cultura y de la estructura de su familia. Las relaciones cambiantes con la esposa y los hijos impulsan su desarrollo [...] Tal interacción entre los procesos del desarrollo del individuo y de la familia representan un elemento esencial de su experiencia en esta fase de la existencia” (Farrell y Rosenberg, 1981). En efecto, la madurez ha sido caracterizada como el “momento cumbre” de los padres, pues entonces la influencia en los hijos adultos suele aumentar (Nydegger y Mitteness, 1996). Otras investigaciones corroboran la importancia que tiene la familia en los varones durante la madurez. En uno de estos estudios, la calidad de sus roles conyugales y parentales predecía con mucha exactitud el nivel de los problemas psicológicos e influía en la tensión que experimentaban en el trabajo (Barnett y otros, 1992).

Atendiendo a las investigaciones mencionadas, al parecer los hombres tienen cuatro trayectorias generales en esta fase de su existencia. La primera es la del *hombre trascendente-generativo*. No sufre la crisis de la madurez y ha encontrado soluciones adecuadas a casi todos los problemas, de manera que la madurez es un periodo de realización y de logros. La segunda trayectoria es la del *hombre seudodesarrollado*. Es un individuo que resuelve los problemas aparentando que todo está bajo control, aunque no sea así; en lo profundo de su ser se siente perdido, confundido o aburrido. Un *hombre en la crisis de la madurez* —la tercera trayectoria— se siente confundido y piensa que todo su mundo está desintegrándose. Es incapaz de cumplir con las exigencias y resolver los problemas. Para algunos se trata de una fase temporal; para otros puede marcar el inicio de un deterioro continuo. La última trayectoria es la del *hombre vengativo-decepcionado*, quien ha sido infeliz o se ha sentido enajenado durante gran parte de su vida y, además, muestra las señales de una crisis de la madurez y no puede enfrentar los problemas.

Conviene señalar que la sociedad occidental tradicionalmente ha obligado a los hombres a adoptar un criterio de éxito y masculinidad, al cual casi todos siguen tratando de ajustarse. Muchos de los problemas que los hombres enfrentan en esta fase se deben a la necesidad de encarar la idea de que no han cumplido ese criterio o de que han dejado de lado muchos otros intereses y deseos



Según Farrell y Rosenberg, la mayoría de las personas maduras sienten que no han cumplido con los criterios sociales de éxito y masculinidad.

al tratar de hacerlo. Sólo unos cuantos logran evitar por lo menos algunos sentimientos de fracaso, de alejamiento o de pérdida de autoestima.

Reacciones de las mujeres ante la madurez También las mujeres presentan a menudo transiciones y reevaluaciones difíciles. Se dan amplias diferencias individuales, pero una vez más advertimos la presencia de algunos patrones comunes. Tradicionalmente, las mujeres se definen a partir del ciclo familiar y no en función del ciclo profesional. Una investigación realizada con mujeres de la región central de Estados Unidos (Reinke y otros, 1985) reveló que solían informar grandes transiciones en tres momentos del ciclo familiar. Un 80 por ciento mencionó grandes cambios de roles relacionados con el nacimiento de sus hijos y con el periodo temprano de la crianza durante su juventud. Otras dos transiciones importantes ocurrían en la madurez. Cerca de 40 por ciento señaló una transición importante cuando los hijos se marchaban del hogar, aunque muy pocas la consideraban traumática. La última gran transición (33 por ciento de las mujeres) era la menopausia.

Desde otra perspectiva y con base en investigaciones más recientes, Terri Apter (1995) identificó cuatro “tipos de mujeres maduras” en una muestra de 80 cuyas edades fluctuaban entre 39 y 55 años. A las *mujeres tradicionales* (18 de las 80 estudiadas), quienes se habían definido antes en función de los roles familiares, les era relativamente sencillo adoptar el rol de mujeres maduras responsables de su futuro. Sus problemas principales giraban en torno a los compromisos pasados y al potencial no utilizado. Las *mujeres innovadoras* (24), que habían realizado una carrera, comenzaban a considerar muy difícil llegar a la cima y empezaban a revalorar “el trabajo que habían hecho en su persona” en su búsqueda y sus efectos. Las *mujeres expansivas* (18) al llegar a la madurez introdujeron cambios profundos en sus metas con el fin de ampliar sus horizontes. Algunas iban a regresar a la escuela a fin de prepararse para nuevos trabajos, o convertían los pasatiempos en vocaciones. Por último, encontramos a las *manifestantes* (13), que habían sido empujadas a una adultez prematura durante la adolescencia y que trataban de posponer en lo posible la madurez. Sin embargo, Apter observa que sólo una pequeña minoría de las mujeres tenían problemas serios con la transición.

El modelo de desarrollo del momento en que ocurren los hechos se aplica sobre todo a las mujeres durante la edad madura. En otras palabras, el momento de los hitos en el ciclo de la vida familiar y de la carrera define el estatus de las mujeres, su estilo de vida y sus opciones: sus principales actividades, sus placeres y tensiones, sus amistades y colegas. Una mujer que pospone el matrimonio y la procreación hasta los 40 años suele hacerlo para dedicarse a su profesión. Una vez nacido el hijo, ingresará a la fuerza laboral y saldrá muchas veces durante esta fase de su existencia. La decisión de combinar la familia con una carrera disminuye las probabilidades de pobreza en la vejez (Baruch y Brooks-Gunn, 1984). El momento en que ocurren los hechos define asimismo la naturaleza concreta de los conflictos y tensiones de los roles (vea el capítulo 13). Los *conflictos de roles comunes* de la mujer madura tienen que ver con la necesidad de dedicar tiempo suficiente a la familia y a la carrera. Por ejemplo, ¿cómo se las arregla una ejecutiva muy atareada para preparar la cena todas las noches y al mismo tiempo cumplir con los plazos de la empresa que posiblemente exijan horas extras? La *tensión de los roles* se acompaña de una sobrecarga de exigencias dentro de un mismo rol, como cuando una madre trata de dar a sus tres hijos adolescentes la atención que necesitan y se siente incapaz de hacerlo (Lopata y Barnewolt, 1984).

Las mujeres reaccionan con mayor intensidad ante los cambios físicos del envejecimiento. En la sociedad occidental se considera más atractivas a las que parecen juveniles. Algunas perciben las arrugas, el encanecimiento y otras



En nuestra sociedad, a las mujeres se les juzga por su aspecto físico y para que se les considere atractivas deben tener una apariencia juvenil. Así pues, no debe sorprendernos que los investigadores den cuenta de un elevado índice de depresión en las mujeres de edad madura.

señales del envejecimiento como indicadores de que han perdido su atractivo sexual. Como vimos en el capítulo 14, algunas reaccionan negativamente a la menopausia y les molesta perder la capacidad de procrear. Por ello, no debe sorprendernos que los investigadores comuniquen un mayor índice de depresión en ellas que en las mujeres de otros grupos de edad (Boyd y Weissman, 1981).

Las afroamericanas comparten muchas de las reacciones de las mujeres de raza blanca frente a la madurez, como se aprecia en la siguiente descripción:

Nunca nos hemos casado, separado, divorciado ni enviudado [...] A algunas de nosotras nos preocupan el peso, la edad, las manchas y la piel reseca más de lo que nos inquietaba el color en la adolescencia. Durante la madurez, a muchas nos interesa más el enralecimiento del cabello que su textura. A otras no les hacen mella las señales físicas de la madurez y, si acaso, les causa un poco de envidia la lozanía natural de algunas de nuestras hermanas. En las estadísticas se nos incluye entre las deprimidas y las bien ajustadas. Algunas estamos experimentando cambios en la vida profesional; otras empezamos a ajustarnos a la jubilación prematura. Se nos incluye entre las profesionales y la clase obrera, lo mismo que entre quienes trabajan por su cuenta en negocios estables e inestables (Spurlock, 1984, página 246).

A pesar de las semejanzas entre las afroamericanas y las mujeres de raza blanca, los efectos combinados de la raza y del género dan origen a diferencias notables entre las afroamericanas de edad madura. Los recuerdos de la discriminación causan ira en algunas de ellas y negación psicológica en otras. Además, por factores socioeconómicos, muchas se ven obligadas a aceptar trabajos mal remunerados y sin esperanzas de progreso, lo que con frecuencia las conduce a la pobreza. Algunas sufren problemas de salud por no tener acceso a la atención médica (Spurlock, 1984).

REPASE Y APLIQUE

1. De acuerdo con Erikson, ¿qué tareas debemos cumplir en la madurez para sentirnos satisfechos con nuestra vida?
2. Describa cómo amplió Peck las etapas del desarrollo humano propuestas por Erikson. ¿Reaparecen en la madurez los conflictos que caracterizan las etapas anteriores del desarrollo? Explique su respuesta.
3. ¿Cuáles son las diferencias y las semejanzas entre las reacciones de ambos sexos a la edad madura?

Familia y amigos: Contextos interpersonales

Durante la madurez las relaciones personales son esenciales para hombres y mujeres. Podemos afirmar que el elemento fundamental que la define son las relaciones con los miembros de la familia y con los amigos. Comenzaremos por examinar las complejas y cambiantes relaciones de las personas de edad madura con sus hijos adultos, entre otras cosas la tarea de impulsarlos a la vida independiente y la tarea (habitualmente más fácil) de adaptarse a un hogar sin su presencia. Nos ocuparemos después de la relación de las personas de edad madura con sus padres ancianos, así como de su nuevo rol de abuelos. Examinaremos, asimismo, la importancia de las relaciones con los amigos.

La generación que dirige

Las personas de edad madura sirven de puente entre la generación más joven (generalmente sus hijos) y la generación mayor (sus padres ancianos). A medida que se ajustan a los roles cambiantes en estas relaciones, a menudo obtienen una nueva perspectiva acerca de su vida personal. Representan ahora la generación que debe asumir el control. La nueva responsabilidad exige examinar el pasado. Tal vez les moleste no haber conquistado ciertas metas y tengan que admitir que algunas nunca las alcanzarán. Más que cualquier otro grupo, deben vivir en el presente. El joven puede ver hacia adelante y los ancianos a menudo vuelven la vista atrás; en cambio, los de edad madura deben vivir aquí y ahora, pues tienen la responsabilidad de dos generaciones, además de la propia. Al hacerlo, realizan la función de **guardianes de la estirpe**: son los que mantienen los rituales familiares, celebran los logros, conservan vivas las tradiciones familiares, se ponen en contacto con los familiares que están lejos y reúnen a la familia para celebrar las fiestas.

Relaciones con los hijos adultos

Estas relaciones incluyen iniciar a los hijos en una vida independiente y adaptarse a vivir sin ellos. También implican establecer con ellos una relación recíproca.

Iniciación de los adolescentes y los jóvenes La redefinición del vínculo entre progenitor e hijo comienza con la *iniciación de los adolescentes* en el mundo adulto. Algunas familias hacen esto muy bien. Los adolescentes a punto de asumir roles de adultos responsables reciben un excelente apoyo de los progenitores que no sólo mantienen un diálogo constante con ellos, sino que además confían y respetan sus juicios, decisiones y avance hacia la madurez. Hasta cierto punto deben aprender a darles libertad y aceptar a sus hijos como son.

No cabe duda que esta etapa de los adolescentes representa una transición muy importante para sus padres (Harris y otros, 1986). Si bien muchas mujeres mencionan que se sienten tristes durante esta transición, la causa de su tristeza se relaciona más a menudo con el trabajo o el matrimonio que con la partida de los hijos (Harris y otros, 1986). Lo mismo les sucede a los varones, en especial si creen que de alguna manera se perdieron de verlos crecer (Rubin, 1980).

Muchos padres no se cansan de repetir que, aun cuando les da gusto haber tenido hijos, es un periodo placentero por el aumento de libertad, de privacidad y por el ingreso discrecional una vez que se marchan (Alpert y Richardson, 1980; Cooper y Guttman, 1987; Nock, 1982; Rubin, 1980). A las mujeres, en especial, les beneficia sentirse libres de las responsabilidades maternas y mencionan una mayor asertividad y libertad para cultivar sus intereses personales.

Dado el elevado índice de divorcios en Estados Unidos, muchos estadounidenses crían solos a sus hijos, por lo menos durante un tiempo. Otros han optado por permanecer solos sin casarse nunca. Es posible que estos progenitores tengan fuertes conflictos o relaciones cambiantes con los hijos adolescentes (Alpert y Richardson, 1980). Algunos estudios indican que esto ocurre sobre todo cuando los hijos son preadolescentes. En ese periodo surgen conflictos casi diarios por los derechos y las responsabilidades (Smetana, 1988). Cuando los hijos se casan, los progenitores de repente se percatan de que deben tratar con un nuevo miembro de la familia: un yerno o una nuera. Esta exigencia abrupta de intimar con una persona totalmente desconocida es otro ajuste común que ha de efectuarse en esta etapa (Neugarten, 1976).

Por último, conviene señalar que no todos los hijos iniciados en el mundo de los adultos logran permanecer en éste la primera o la segunda veces. Ante



En este momento de su vida, muchos progenitores maduros comienzan a dar libertad a sus hijos para que inicien el proceso de ingresar al mundo de los adultos.

guardianes de la estirpe Rol asumido por las personas de edad madura que incluye preservar los rituales de la familia, celebrar los logros y las fiestas, conservar vivas las historias familiares y contactar a los parientes que viven muy lejos.

los fracasos matrimoniales, la pérdida de empleo y la dificultad de ganar lo suficiente para llevar una vida independiente en el mundo moderno, muchos se ven obligados a volver a la casa paterna para recuperarse antes de intentar independizarse de nuevo. ¿Cómo afecta esto a los progenitores? Casi siempre en forma negativa. Además de cuestiones tan simples como tener que compartir el espacio y los recursos con otro adulto, el retorno a la dependencia viola las expectativas de los padres respecto del desarrollo de sus hijos; por tanto, disminuye su satisfacción y tensa la relación entre ellos (Aquilino, 1996). Además, el retorno a menudo ocurre cuando los progenitores tratan de enfrentar problemas relacionados con la madurez y viene a complicar aún más las cosas.

El “síndrome del nido vacío” Tras iniciar con éxito a su último hijo en el mundo de los adultos, los padres se ocupan de nuevo de otras funciones e intereses no relacionados con el absorbente rol de la paternidad/maternidad. Es un proceso que cobra importancia a medida que aumenta la longevidad. Mientras que a comienzos del siglo XIX apenas 41 por ciento de los adultos estadounidenses esperaba vivir hasta los 65 años o más, en 1990 más de 75 por ciento de los adultos esperaban vivir ese tiempo. Debido a este aumento tan impresionante de la esperanza de vida, los progenitores que no se divorcian pueden prever que vivirán mucho tiempo juntos después que se marche su último hijo. Esta etapa del ciclo de la vida familiar, a veces llamada **nido vacío**, puede ser difícil si los padres se han ido distanciando con el tiempo, si cultivaron intereses distintos y si ya no están acostumbrados a una convivencia prolongada.

Sin embargo, muchas parejas de edad madura muestran una gran reciprocidad que abarca compartir tradiciones, valores y experiencias. Incluso las que ya no disfrutaban el alto nivel de camaradería que caracteriza a los primeros años de matrimonio cuentan a veces con un sistema emocional sólido y son interdependientes en lo material y en sus actividades. Comparten un hogar y su mobiliario; se han acostumbrado a sus rutinas diarias. La satisfacción conyugal durante este último periodo no siempre se basa en los mismos patrones de interacción ni en la solución a problemas conjuntos, como sucedía en las fases anteriores del ciclo familiar (Troll, 1985).

Relaciones mutuamente recíprocas En la madurez, las relaciones entre padres e hijos son más recíprocas que en cualquier etapa precedente. Su evolución permite que dos adultos interactúen con mayor igualdad que la que era posible cuando el joven era niño. La transición a una relación recíproca pocas veces tiene lugar de manera repentina y fluida; casi siempre ocurre en una serie de fluctuaciones a lo largo de varios años. A su vez, la naturaleza de la relación parental puede facilitar o dificultar la transición. Si fue autoritaria, los roles y las obligaciones suelen ser formales, rígidas y resistentes al cambio. Los padres de edad madura y sus hijos jóvenes habrán de luchar durante años para establecer una relación recíproca, si es que lo consiguen.

Los hijos adultos a menudo sienten la necesidad de alejarse de sus padres —y de sus puntos de vista— por lo menos durante algún tiempo para verlos en una forma realista. Cuando se da el distanciamiento, los padres pueden sentirse ignorados o no apreciados. Muchas veces es en los momentos de crisis familiares —la muerte o la enfermedad de un miembro de la familia, problemas económicos, divorcio o desempleo— en los cuales unos y otros encuentran la manera de renegociar su relación para interactuar en formas nuevas y más recíprocas. En algunas familias, el proceso tarda años y en otras aparece el respeto mutuo a medida que va terminando la adolescencia.

Relaciones con los padres ancianos

En 1900, uno de cada cuatro niños veía morir a un progenitor antes de cumplir 15 años. En la década de 1980 esto ocurría en menos de uno de cada 20. En cambio, en 1980, 40 por ciento de las personas mayores de 55 años tenían vivo al menos un progenitor (Brody, 1985). Las estimaciones indican que, de las mujeres nacidas en la década de 1930, una cuarta parte tendría viva a su madre al cumplir 60 años (Gatz y otros, 1990) y estas cifras siguen elevándose. De ahí que los adultos de edad madura habrán de ajustarse a las necesidades y a los papeles cambiantes de un progenitor anciano (Brody, 1985). Cuando los padres están sanos y llevan una vida independiente, la relación se caracteriza por la reciprocidad; el progenitor y el hijo adulto se ayudan en formas concretas. La relación cambia cuando los progenitores se enferman o son demasiado débiles para vivir solos.

En gran medida, el comportamiento de los hijos adultos con los padres dependerá de sus experiencias y, en concreto, de la etapa del ciclo de la vida familiar en que se encuentren. Una mujer de 42 años con hijos mayores que se encuentra en la cúspide de su vida profesional y que vive a 1000 kilómetros de distancia de sus padres adoptará ante ellos una actitud distinta a la de una mujer de edad similar, pero que se dedica a su casa todo el tiempo y vive cerca de sus padres. Las relaciones entre adulto y progenitor se basan en el repertorio de creencias y prácticas que han definido sus relaciones con los años. Al paso del tiempo surgen diversas estrategias y entendimientos entre ellos que terminan originando patrones diferentes de interacción y de trato. Más aún, la ayuda que los hijos deben dar a sus padres varía con los individuos y las familias (Stueve y O'Donnell, 1984).

Al leer sobre las relaciones en desarrollo de los adultos maduros con sus padres ancianos, tenga presente que las diferencias de género a menudo influyen en ellas. “Las hijas adoptan una actitud distinta a la de los hijos con los padres ancianos; la diferencia depende incluso de si se trata del padre o de la madre” (Troll, 1989). Tradicionalmente la relación primaria entre progenitor e hijo en esta etapa de la vida suele incluir a la hija como cuidadora. También la clase social y el grupo étnico influyen en las relaciones entre generaciones.

Intercambio recíproco de ayuda En general, las personas de edad madura sostienen una relación permanente con sus progenitores ancianos que abarca un contacto periódico, recuerdos comunes y un intercambio recíproco de asistencia. Numerosas encuestas han revelado los intercambios duraderos de carácter social, psicológico y material que se dan entre los hijos adultos y sus padres (Stueve y O'Donnell, 1984). Muchos progenitores de edad avanzada dan ayuda económica a sus hijos de edad madura y a sus nietos (Giordano y Beckman, 1985; Hill y otros, 1970), por lo menos en las familias de clase media y de clase media alta. En las familias afroamericanas, la generación mayor a menudo no cuenta con recursos financieros para ello (Jackson y otros, 1990). En cambio, suelen ofrecer a sus hijos apoyo social y, quizá, se encarguen del cuidado de los niños, sobre todo cuando sus hijos tienen responsabilidades de progenitores solos.

Contra la opinión pública generalizada, parece ser que la mayoría de las personas maduras se preocupan mucho por sus padres y sus hijos y mantienen un estrecho contacto con ellos (consúltase el recuadro “Teorías y hechos”, página 522). En la tabla 15-2 se resumen diversos mitos relativos a la desvinculación entre generaciones durante la madurez.

Inversiones de roles Con los años poco a poco se invierten los roles entre las personas de edad madura y sus padres. Los de edad madura se convierten en la generación que tiene el control: trabajan, crían a los niños y funcionan en general como los “hacedores” en la sociedad. Sus padres, si todavía viven, tal vez estén enfermos, jubilados o necesiten ayuda económica. Al cabo de algunos años, el poder pasará de manera gradual y espontánea a manos del hijo de edad madura.

TEORÍAS Y HECHOS

¿SE ALEJAN LAS PERSONAS MADURAS DE SUS PROGENITORES Y DE SUS HIJOS?

Se acostumbra decir que las personas de edad madura están “atrapadas” en medio de las necesidades antagónicas de sus hijos adultos (y de sus nietos) y de sus padres ancianos. Se considera que cuando se hallan en tal situación, optan por concentrarse en sus necesidades y tienen poco contacto con la generación más joven o la más vieja.

Pese a ser una creencia generalizada, la investigación dedicada a las relaciones entre generaciones ha demostrado que es más un mito que un hecho. En palabras de Lillian Troll (1989): “El mito de que, en lo esencial, los progenitores y sus hijos adultos están distanciados en la sociedad moderna se halla tan generalizado y profundamente arraigado que no es fácil convencer al público en general de su falsedad”. Los mitos entre generaciones hacen más difícil que las personas maduras perciban como algo normal los sentimientos positivos hacia los miembros de la familia, de ahí la importancia de averiguar la verdad.

A pesar de la difundida creencia de que el distanciamiento y el aislamiento son la norma y de que existe un contacto mínimo, las encuestas revelan que los hijos de edad madura suelen llevar una relación bastante estrecha con sus progenitores; los ven o hablan con ellos con regularidad. Sin embargo, esto no significa que las generaciones suelen compartir un hogar. Como aprecian mucho la independencia, menos de 10 por ciento de los padres ancianos conviven con sus hijos y muchos lo hacen sólo en caso de que los problemas económicos o una discapacidad física no les dejen otra opción.

La mayoría de los progenitores de edad madura tienen contacto periódico con sus hijos, y este contacto tiende a aumentar cuando surgen pro-



Por lo regular, las mujeres de edad madura asumen casi todas las responsabilidades del cuidado de los progenitores ancianos.

blemas para unos u otros. Con todo, aunque los miembros de la familia se unen para apoyarse entre sí en periodos de crisis, reanudan los patrones de su interacción normal una vez superada la dificultad (Belsky y Rovine, 1984; Morgan, 1984).

Cuando las generaciones conviven, tratan de ayudarse en aspectos concretos. Si se necesita ayuda y si se da, se hace en el contexto de una relación mutua y recíproca cuyo equilibrio se modifica con el tiempo. En los primeros años de la adultez, la mayor parte de la ayuda que se da durante la enfermedad va del progenitor al hijo. En la madurez, el flujo cambia hacia la generación mayor cuando los adultos se ven obligados a cuidar a sus progenitores ancianos. La responsabilidad y la carga de cuidar a jóvenes y viejos casi siempre recae en la “mujer de en medio” (Brody, 1985), quien tal vez tenga que conciliar las necesidades de sus progenitores ancianos, sus hijos jóve-

nes y la salud de su esposo, lo mismo que su carrera y sus exigencias personales. La mayoría se las arregla para cumplir con tales responsabilidades, pero le queda poco tiempo para su persona.

A menudo las relaciones de la generación intermedia con sus hijos y sus progenitores se caracterizan por intentos de influir en la conducta (Hagestad, 1985). En casi todos los casos, tales intentos se dirigen a los hijos más que a los progenitores; cualquiera que sea el objetivo, por lo regular se desea dar un consejo práctico. Los intentos de modificar los malos hábitos de salud son frecuentes en todas las generaciones: las personas de edad madura, sus progenitores y sus hijos tratan de persuadirse unos a otros de dejar de fumar, de llevar una dieta adecuada, de consultar al médico periódicamente y de tomar los medicamentos.

Tabla 15-2 Mitos entre generaciones relacionados con la madurez

1. Los hombres y las mujeres maduros viven lo más lejos posible de sus hijos y de sus progenitores.
2. Los hombres y las mujeres maduros pocas veces visitan a sus hijos adultos y a sus progenitores o los reciben en su casa.
3. Los hombres y las mujeres maduros pocas veces telefonéan (o reciben llamadas telefónicas) y escriben (o reciben cartas) de sus hijos adultos o de sus padres.
4. Los hombres y las mujeres maduros abandonan a sus progenitores cuando éstos envejecen o enferman.
5. Los progenitores de edad madura y sus hijos adultos suelen mantenerse más en contacto e identificarse si comparten valores y personalidad.
6. Los abuelos piensan que saben criar a sus nietos mejor de lo que lo hacen sus hijos y son proclives a interferir.
7. El contacto frecuente con la familia extendida perjudica la salud mental.

Fuente: Myths of Midlife: Intergenerational Relationships. En S. Hunter y M. Surdel (eds.), *Midlife Myths: Issues, Funding, and Practice Implications*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc., página 211.

A menos que ambas generaciones se den cuenta de que esta inversión de roles es parte inevitable del ciclo de la vida, puede generarles resentimiento y conflictos (Gould, 1978; Neugarten, 1976).

Algunos hijos adultos no cuidan a sus padres enfermos o ancianos, sino que los recluyen en asilos y en otras instituciones sociales de carácter impersonal. Pero se trata de una minoría. En la actualidad, las personas sobreviven muchos años a la aparición de enfermedades o discapacidades crónicas, y pocos llegan al final de su vida sin pasar por un periodo en que dependen de sus hijos. La responsabilidad del cuidado prolongado de los padres se ha convertido en la regla, no en la excepción. En un estudio (Marks, 1996) se descubrió que uno de cada cinco adultos de 35 a 64 años había cuidado a un pariente o amigo en el último año. Varias investigaciones efectuadas en la década de 1960 demostraron que los miembros de la familia y no el sistema social se encargaron de entre 80 y 90 por ciento de la atención médica y personal, de las tareas domésticas, del transporte y de las compras de los progenitores ancianos (Brody, 1985).

Los miembros de la familia reaccionan ante situaciones de emergencia, pero también ante la necesidad de una atención prolongada a quienes sufren discapacidad crónica (Matthews y Rosner, 1988). En la Encuesta de Atención Prolongada a quienes cuidan a personas ancianas muy débiles, 75 por ciento de las hijas ofrecían asistencia diaria. Sólo 10 por ciento de estas personas utilizaban los servicios formales (Stone y otros, 1987). Las familias ofrecen apoyo social, afecto y la seguridad de que tenemos alguien en quien confiar. Sin embargo, también es cierto que los recursos familiares pueden agotarse o que el progenitor puede debilitarse tanto que los miembros de la familia se vean obligados a dejar la responsabilidad primaria en manos ajenas; por ejemplo, en un asilo. No obstante, estimaciones conservadoras indican que más de cinco millones de estadounidenses participan en el cuidado de sus padres en un momento dado (Brody, 1985).

Las hijas están más dispuestas que los hijos a cuidar a los progenitores ancianos (Brody y otros, 1987; Gatz y otros, 1990; Spitze y Logan, 1990). Lo mismo podemos decir de las nueras (Globerman, 1996), pero se observan menos diferencias entre las mujeres que trabajan y las que no lo hacen (Brody y Schoonover, 1986). Las primeras ayudan en actividades como las compras, el transporte

y el apoyo emocional. Una encuesta demostró que las segundas suelen ayudar más en la preparación de los alimentos y en el cuidado personal. Un número considerable de mujeres que trabajan cambia el horario para atender a sus padres (Brody y otros, 1987). Las encuestas revelan que de 20 a 30 por ciento de las hijas encargadas del cuidado de sus padres han reorganizado su horario para cumplir con estas obligaciones. De hecho, el cuidado de los parientes enfermos es la segunda causa más frecuente por la que las mujeres de edad madura abandonan la fuerza laboral (la primera es su salud personal).

Los hermanos a veces colaboran para atender a sus padres enfermos (Goetting, 1982). Sin embargo, la distribución del trabajo entre ellos no siempre es igual; una vez más las hijas suelen cumplir con esta obligación más que los hijos. De hecho, los progenitores esperan más ayuda de ellas (Brody y otros, 1984). Si hay dos hijas y sólo una de ellas trabaja fuera de casa, la que no cumple con un horario de trabajo prestará más atención y ayuda diaria en casos de emergencia (Matthews y otros, 1989). Pese a ello, se espera que la hija que trabaja colabore de manera estrecha, casi siempre ayudando por las noches y durante los fines de semana.

En gran medida, la manera en que una hija responde a las necesidades de sus progenitores ancianos dependerá de las circunstancias de su vida: la edad (¿cumplió ya 30, 40 o 50 años?), la posición que ocupe en el ciclo de la vida familiar (¿tiene hijos grandes o está criando a preescolares?) y la participación en la fuerza laboral (¿tiene un empleo de tiempo completo o se dedica de lleno al hogar?) (Stueve y O'Donnell, 1984). Las hijas sufren tensiones físicas por este tipo de cuidados. Pero cuando tienen hijos dependientes, lo padecen menos y sienten una mayor sensación de bienestar que las que no los tienen (Stull y otros, 1994).

En resumen, la responsabilidad del cuidado de los progenitores es a la vez satisfactoria y estresante. En algunos casos genera tensión entre la dependencia y la independencia. Puede reactivar los viejos conflictos de la dependencia u otros problemas de las relaciones entre el progenitor y el hijo o entre los hermanos. A veces reaparecen las antiguas lealtades, alianzas o rivalidades. La necesidad de cuidar al padre o a la madre anuncia el futuro de los cuidadores, que al envejecer dependerán de sus hijos. Es a la vez un anticipo y modelo de la renuncia a la autonomía, al control y a la responsabilidad. Estos conflictos internos —junto con las exigencias tan reales de tiempo y libertad, las responsabilidades antagónicas y la interferencia con el estilo de vida, y las actividades sociales y recreativas— pueden dar origen a un ambiente de tensión. Es interesante precisar que entre 80 y 90 por ciento de los adultos maduros persisten en las actividades y las responsabilidades del cuidado de sus padres. En efecto, algunas mujeres prácticamente hacen una profesión del cuidado de los parientes ancianos, uno tras otro. Sin embargo, a pesar de su dedicación y generosidad, tres quintas partes de las participantes en una investigación mencionaron que se sentían culpables por no hacer lo suficiente y tres cuartas partes coincidieron en que los hijos modernos no atienden a sus progenitores ancianos como sucedía en el pasado (Brody, 1985).

Introducción a la vida de abuelo

Muchas personas de edad madura asumen de pronto el nuevo rol de abuelos. Es algo muy satisfactorio para muchas de ellas; pueden ayudar a criar la nueva generación sin las responsabilidades diarias del progenitor y sin participar en las relaciones y los conflictos tan intensos que surgen en ocasiones entre progenitor e hijo (Robertson, 1977).

La mayoría de los estadounidenses se convierten en abuelos en la madurez; las personas de los grupos minoritarios y las mujeres suelen hacerlo un poco

antes que los blancos y los varones (Szinovacz, 1998). Si sus hijos adultos se divorcian o tienen otros problemas, algunos abuelos se convierten en padres sustitutos de tiempo completo para sus nietos; otros los cuidan medio tiempo aunque todavía trabajen de tiempo completo (Szinovacz, 1998). Así, pues, en muchos aspectos nuestro concepto de abuelo/abuela ya no es el de un anciano sentado en una mecedora; en la actualidad, representa a un miembro activo e interesado en la familia (Troll, 1989).

Aunque el rol de abuelo es una actividad muy individualizada, hay algunas funciones específicas que pueden desempeñar los abuelos, según la naturaleza de la relación que guarden con sus nietos (Troll, 1980). Si la madre vive sola o ambos progenitores trabajan, los abuelos pueden cuidar a los niños durante el día. Algunos se convierten en "personas divertidas" para ellos: los llevan a la calle, a las tiendas o a otros lugares interesantes. En ciertos grupos étnicos, el abuelo conserva su estatus y su posición como jefe formal de la familia.

Un autor dice que hay cuatro roles importantes y, a menudo, simbólicos en general del abuelo y la abuela (Bengtson, 1985).

1. *Presencia.* A veces los abuelos dicen que su rol más importante consiste simplemente en estar allí. Son una presencia tranquilizadora en caso de problemas familiares o de catástrofes externas. Ofrecen una base de estabilidad a los nietos y a los padres. En ocasiones actúan incluso como reconciliadores e impiden la separación familiar.
2. *Guardián de la familia.* Algunos abuelos señalan que su función más importante es estar disponibles en momentos de emergencia. En tales circunstancias, a menudo necesitan ir más allá de la mera presencia física y dirigir de manera activa a los nietos.
3. *Árbitro.* Algunos abuelos consideran que su función consiste en inculcar valores familiares y negociarlos, en preservar la continuidad de la familia y en ayudar cuando surgen conflictos. Aunque a menudo se dan diferencias de valores entre las generaciones, hay abuelos que se consideran más capaces de resolver los conflictos entre sus hijos adultos y sus nietos gracias a una distancia relativa y a una mayor experiencia.
4. *Conservar la memoria histórica de la familia.* Los abuelos ofrecen un sentido de continuidad a la familia, pues transmiten a los nietos el legado y las tradiciones familiares.

Los roles anteriores pueden ser reales o simbólicos. Algunas veces los valores de la familia se mantienen porque a los hijos adultos y a los nietos les preocupa más la reacción del abuelo que una intervención concreta de él (Bengtson, 1985). Por ejemplo, un nieto quizás opte por no casarse fuera de su grupo racial, étnico o religioso por consideración a sus abuelos.

Amistades: una perspectiva de toda la vida

Muchas etapas importantes de la vida se definen por las relaciones familiares, pero algunas personas maduras tienen más confianza en los amigos que en su familia. Aunque la mayoría se casa y tiene hijos, un número considerable y cada vez mayor opta por la soltería o por criar solos a los hijos. Para todos ellos la amistad es una parte esencial de su vida. Por ejemplo, algunas funciones importantes de la vida, como establecer intimidad, deben efectuarse por medio de las amistades y no del matrimonio ni de la familia. La amistad cubre a menudo muchas necesidades psicológicas esenciales en el caso de ancianos que enviudaron o cuyos hijos son mayores.

Marjorie Fiske y sus colegas (1990) realizaron durante 12 años un estudio en el cual entrevistaron a individuos en cuatro etapas diferentes de la vida.

En los últimos años de la madurez se aprecia a los amigos por lo que los hace únicos.



El estudio consistió en preguntarles por sus actitudes ante la amistad y por los tipos de amigos que tenían. En la investigación participaron estudiantes de nivel medio superior, recién casados y personas que se hallaban al inicio y al final de la madurez. Casi todas las personas maduras dijeron haber tenido varios amigos íntimos al menos durante seis años; los adolescentes y los recién casados solían tener amistades menos prolongadas. Los integrantes de las cuatro etapas de la vida expresaron ideas similares cuando se les preguntó qué cualidades eran importantes en una amistad auténtica y qué cualidades caracterizaban al amigo ideal. La reciprocidad les parecía muy importante e hicieron hincapié en la ayuda y en el hecho de compartir. Consideraban a sus amigos semejantes a ellos en muchos aspectos y subrayaron la importancia de compartir experiencias y de una buena comunicación. Las diferencias sexuales fueron más significativas que las de edad. Las mujeres respondieron en una forma más detallada y parecían estar más profundamente comprometidas con la amistad; las mujeres pensaban que la reciprocidad era más importante en una amistad cercana, mientras que los varones solían escoger a sus amigos en función de semejanzas. Sin embargo, conviene precisar que muchas de las personas de edad madura actuales son *baby boomers* (generación de la posguerra) que crecieron en una época de normas liberales respecto de las amistades y de los conocidos; por ello, como dicen Rebecca Adams y Rosemary Blieszner (1998), las amistades durante la madurez son en la actualidad mucho más heterogéneas en cuanto al grupo étnico, la raza y el género.

En general, las amistades más complejas se daban en el grupo de personas que estaban en los últimos años de la madurez. Las personas que se encontraban en los primeros años se identificaban más con su familia y su trabajo, por lo que disponían de menos tiempo para dedicarlo a los amigos. Con todo, en los últimos años de la madurez predominaban las relaciones complejas y multidimensionales. Los individuos tendían a apreciar las características especiales de sus amigos. El aprecio puede deberse a ciertos cambios de la personalidad durante esta etapa de la vida. Jung describió el lapso comprendido entre los 40 y los 60 años como un periodo de conciencia interna, en el que nos alejamos de las actividades de la mente consciente y encaramos el inconsciente. Es posible que,

conforme nos percatamos de las sutilezas de nuestra naturaleza, comencemos a apreciar la complejidad de los otros más de lo que lo hicimos en etapas anteriores de nuestra existencia (Fiske y Chiraboga, 1990).

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Por qué calificamos de “cambiante” a la relación entre los progenitores maduros y sus hijos adultos?
2. ¿Cuál es la actitud que predomina entre las personas maduras hacia sus progenitores ancianos?
3. Mencione algunos de los principales problemas que las personas maduras afrontan cuando tratan a sus progenitores ancianos.
4. ¿En qué se distinguen y se asemejan las amistades de la edad madura y las que se forman en otros periodos del ciclo vital?

La familia cambiante

Como hemos visto en capítulos anteriores, cada vez es más necesario examinar las relaciones familiares dentro del contexto de una unidad familiar cambiante que se caracteriza por el divorcio, las segundas nupcias y las familias reconstituidas. En esta sección analizaremos el impacto que la familia cambiante tiene en los adultos maduros.

Nadie, ni siquiera los críticos sociales más radicales, se atreverá a proclamar la muerte de la familia nuclear tradicional. Pero pocas familias encajan dentro del molde tradicional en que el padre trabaja y la madre se queda en casa a cuidar a los hijos. Del mismo modo que los individuos adaptan su estilo de vida para que corresponda a sus necesidades y a sus prioridades, la idea de la familia ha venido adaptándose a los cambios de las necesidades y prioridades sociales y personales de sus miembros. Según se advierte en la figura 15-1, el estado civil (y por lo mismo la familia) de la población estadounidense ha cambiado mucho en las décadas recientes. Hay un menor número de matrimonios y ha aumentado la cantidad de solteros y divorciados.

Estado civil	1990	2000	2005	2007
Solteros	40.4	48.2	53.9	56.1
Casados	112.6	120.1	127.4	129.7
Viudos	13.8	13.7	13.8	13.9
Divorciados	15.1	19.8	22.1	22.8

Figura 15-1

Estado civil cambiante de la población estadounidense, 1990-2007 (en millones).
Fuente: U.S. Census Bureau, 2008.

Divorcio y segundas nupcias

Como vimos en el capítulo 13, dos matrimonios fracasan por cada tres que permanecen unidos. Aunque el divorcio es más frecuente en la juventud, también alcanza elevados índices en la madurez y en los años posteriores. ¿Cuáles son algunas de las razones por las que las personas se divorcian y qué sucede cuando tantas de éstas vuelven a casarse?

Por qué se divorcia la gente Los matrimonios pocas veces se separan en forma repentina. Por lo regular el divorcio es la culminación de un largo proceso de distanciamiento emocional. Ambos cónyuges recuerdan casi siempre que los últimos meses de su matrimonio fueron infelices. Pero la decisión final de divorciarse la toma en general uno de ellos. Normalmente es la esposa quien plantea primero la posibilidad. Se siente insatisfecha con el matrimonio antes que el marido, aunque la insatisfacción no siempre los lleva a tomar la decisión (Kelly, 1982).

En la madurez los matrimonios se divorcian por muchas de las mismas razones que los matrimonios más jóvenes. Quieren más de su matrimonio que lo que están recibiendo, y el divorcio parece preferible a mantener una relación desdichada. Además, si el matrimonio no es estable, la etapa del nido vacío del ciclo de la vida familiar causa a veces crisis personales o conyugales. Los cónyuges se percatan de que ya no es necesario mantener el vínculo matrimonial por amor a los hijos y se preguntan si quieren pasar juntos el resto de su vida. Además, el divorcio se asocia con frecuencia con ideas erróneas del matrimonio. Las iglesias, los abogados, los consejeros matrimoniales, los medios de comunicación masiva, la familia y los amigos rinden homenaje a los mitos sobre lo que debiera ser el matrimonio. Estos mitos incluyen expectativas poco realistas que predisponen al fracaso.

Mitos relativos al matrimonio, al divorcio y a las segundas nupcias En 1994, cerca de 2.36 millones de estadounidenses se casaron y 1.19 millones se divorciaron. En otras palabras, casi la mitad de los casados terminan divorciándose. En realidad, algunos analistas se sienten alentados con las cifras anteriores, porque las tasas de matrimonio y divorcio han disminuido ligeramente respecto de los niveles de 1981 y lo mismo sucede con la proporción entre divorcio y matrimonio respecto de su nivel anterior que era más elevado (Clarke, 1995). Más de 40 por ciento de los matrimonios contemporáneos culminan en segundas nupcias de uno o ambos cónyuges, y casi la mitad de las segundas nupcias terminan en divorcio (Coleman y Ganong, 1985). ¿A qué se debe un índice tan elevado de fracasos matrimoniales?

Hay muchas explicaciones, por supuesto. Una de las más interesantes señala que muchos matrimonios se ven influidos por los mitos asociados con el matrimonio y las segundas nupcias. El *mito* es una creencia muy simplificada que rige nuestras percepciones y expectativas. Jessie Bernard (1981) ofrece una interesante comparación de ocho mitos acerca del matrimonio y el divorcio. Marilyn Coleman y John Ganong (1985) complementaron el trabajo anterior con el análisis correspondiente de los mitos referentes al matrimonio. Estos mitos se resumen en la tabla 15-3.

La vida después del divorcio Cuando un matrimonio fracasa, los divorciados deben rehacer su vida y comenzar de nuevo. Hacerlo puede resultar sumamente complicado, sobre todo cuando hay hijos, como vimos en el capítulo 13. Es necesario que el sistema familiar introduzca ajustes radicales en la vida cotidiana.

Para averiguar con exactitud lo que ocurre a los cónyuges después de divorciarse, Mavis Hetherington y sus colegas (1978) estudiaron durante un periodo de dos años a 96 parejas divorciadas que tenían hijos. Descubrieron que muchos de los divorciados y de las divorciadas sufrían problemas muy diversos que no habían tenido cuando estaban casados. Los problemas prácticos de organizar y mantener una familia abrumaban a muchos hombres acostumbrados a que sus esposas se encargaran de ellos. Ambos sexos mencionaron algunas dificultades económicas. Con dos familias que mantener en vez de una, algunos varones se daban cuenta de que sus ingresos se diluían y no eran

Tabla 15-3 Mitos relacionados con el matrimonio, el divorcio y las segundas nupcias

Matrimonio
Todo funcionará si nos amamos.
Siempre considere primero al otro.
Concéntrese en los aspectos positivos; no critique.
Si las cosas salen mal, concéntrese en el futuro.
Primero véase como parte de una pareja y luego como individuo.
Lo mío es tuyo.
El matrimonio hace a las personas más felices de lo que eran antes de casarse.
Lo mejor para los hijos es también lo mejor para nosotros.
Divorcio
Ya nada puede funcionar bien, pues hemos dejado de amarnos.
Siempre hay que pensar primero en uno.
Concéntrese en los aspectos negativos y critique todo.
Si las cosas salen mal, concéntrese en el pasado.
Primero véase como un individuo y luego como parte de una pareja.
Lo mío es mío.
El divorcio hace desdichada a la gente.
Lo mejor para nosotros debe ser devastador para los hijos.
Segundas nupcias
Esta vez vamos a hacer todo bien para que el matrimonio funcione.
Siempre hay que pensar antes en todos.
Concéntrese en los aspectos positivos e ignore los negativos.
Si las cosas marchan mal, reflexione sobre lo que salió mal en el pasado y asegúrese de que no vuelva a ocurrir.
Según la personalidad de cada cual, podríamos repetir el mito del matrimonio o del divorcio y considerarnos primero como parte de una pareja o como un individuo.
Lo mío es mío y lo tuyo es nuestro.
El matrimonio hace a la gente mucho más feliz de lo que era antes de casarse.
Lo que es mejor para nosotros debe ser perjudicial para los hijos.

suficientes. Muchos tomaron un segundo empleo o trabajaban horas extras para ganar más dinero. Las mujeres que antes del divorcio habían sido amas de casa se encontraban bajo presiones económicas, en especial si el marido no les daba la pensión alimenticia ordenada por el tribunal o los pagos para mantener a sus hijos. Agobiadas por las nuevas cargas económicas, muchas se veían obligadas a dedicar menos tiempo a sus hijos y a sus asuntos personales (Goetting, 1981).

El divorcio puede ocasionar problemas serios durante la madurez porque los cónyuges se han acostumbrado a cierto nivel de vida. Las nuevas circunstancias

sociales y económicas resultantes del divorcio pueden abrumar a las personas de edad madura, sobre todo si tienen que concentrarse en actividades (regresar a la escuela, encontrar un nuevo empleo, cortejar) que se consideran más apropiadas de los jóvenes.

La alteración de la relación conyugal, por divorcio o fallecimiento, es un acontecimiento estresante. A menudo causa dolor y duelo la pérdida de una relación íntima, aun cuando haya sido infeliz —generalmente se vuelve a poner en consideración si el divorcio fue lo más conveniente. Se alteran las rutinas y los patrones de la vida cotidiana. Hay una nueva independencia y autonomía, positivas o negativas, lo mismo que una gran soledad en ciertos momentos. No obstante, se observan notables diferencias entre el divorcio y la viudez, como veremos en el capítulo 17.

En general, los divorciados ven en su situación una especie de fracaso. Al que no tomó la decisión de separarse le queda a menudo una sensación de rechazo. No son infrecuentes los sentimientos de humillación y de impotencia. Aunque el matrimonio no fuera satisfactorio, la decisión final causa una profunda impresión. Para el que toma la decisión, el estrés suele ser mayor durante los meses o años tan terribles que anteceden la separación. El cónyuge que inicia los trámites se sentirá triste, culpable o irritado, pero tiene, por lo menos, cierta sensación de control. Ha analizado la situación y se ha preparado mentalmente para el divorcio (Kelly, 1982), que puede ser algo inesperado para el otro cónyuge.

Comienzo de una vida nueva Iniciar un nuevo estilo de vida después del divorcio es más fácil para unas personas que para otras. Algunas muestran alivio al liberarse de restricciones, obligaciones y conflictos emocionales. Las mujeres, sobre todo, suelen sentir que tienen una “nueva oportunidad” (Caldwell y otros, 1984; Kelly, 1982). A otras les causa terror la idea de vivir solas. Tras un largo periodo de matrimonio, a las mujeres mayores no les es fácil abandonar su rol anterior. En el pasado, les costaba más que a los hombres mantener la amistad de otros matrimonios y encargarse de asuntos financieros y legales como conseguir una tarjeta de crédito, un préstamo bancario o una hipoteca. Las cosas han cambiado, pero muchas divorciadas todavía no cuentan con ingresos suficientes para obtener préstamos. Quienes se casaron jóvenes no saben lo que es vivir solo y tienen poca experiencia con la vida independiente que ahora les aguarda. A menudo subestiman los problemas de ajuste que conlleva el estar solo. Finalmente, sin importar cuánto dure el matrimonio, los recién divorciados y divorciadas presentan índices elevados de alcoholismo, enfermedades físicas y depresión, a veces como resultado directo de los cambios de vida que acompañan a la separación.

La mayoría de las personas divorciadas muestran un mejoramiento de su situación en los dos o tres años siguientes a la separación definitiva (Spanier y Furstenberg, 1982). Las divorciadas suelen mejorar su autoestima (Wallerstein y Blakeslee, 1989). Quienes desean con vehemencia llevar una vida feliz vuelven a casarse en un lapso de entre tres y cuatro años. De hecho, los divorciados presentan la tasa más elevada de segundas nupcias entre los grupos de solteros. En general, la frecuencia con que vuelven a casarse triplica la de las divorciadas. Después de los 40 años de edad, casi todos contraen segundas nupcias, mientras que sólo la tercera parte de las divorciadas lo hacen (Spanier y Furstenberg, 1982). Muchos varones de edad madura se casan con mujeres más jóvenes y comienzan una segunda familia. Los divorciados de ambos sexos que establecen una nueva relación íntima tienen mayores probabilidades de hacer un ajuste positivo después de la separación, en parte porque la nueva relación aminora el apego a su ex cónyuge (Tschann y otros, 1989).



A los que se quedan solos en la edad madura les resulta muy difícil volver a cortejar a alguien, en especial porque esta actividad se asocia con los jóvenes.

Una importante minoría de divorciados de ambos sexos permanecen amargados y aislados hasta 10 años después de separarse. Algunos divorciados pierden prácticamente todo contacto con sus hijos y, a pesar de contar con suficientes recursos, se niegan a ayudar a cubrir gastos como la colegiatura (Wallerstein y Blakelee, 1989). Algunas divorciadas usan a sus hijos como “arma” contra los ex maridos, con el propósito de hacerlos sentir culpables y avergonzados.

Por ser el divorcio tan común, algunos investigadores estudian más bien por qué permanecen juntos los matrimonios y no por qué se divorcian (Lauer y Lauer, 1985). Aunque los hombres y las mujeres de edad madura aducen razones diferentes para seguir casados, unos y otras mencionan “Mi marido (o esposa) es mi mejor amigo (amiga)” como motivo fundamental. Es interesante señalar que las 10 razones principales que citan quienes llevan 15 años casados o más son las mismas.

- Mi pareja es mi mejor amigo.
- Me gusta mi pareja como persona.
- El matrimonio es un compromiso a largo plazo.
- El matrimonio es sagrado.
- Hemos adoptado objetivos y metas comunes.
- Mi pareja se ha vuelto más interesante.
- Quiero que la relación tenga éxito.

Los matrimonios más felices del estudio estaban satisfechos con su vida sexual, pero el sexo no era el factor primordial de su felicidad ni de su satisfacción conyugal. Los varones mencionaron la satisfacción sexual como el duodécimo motivo más importante de permanecer juntos; las mujeres lo mencionaron como el decimocuarto.

Las personas maduras que siguen casadas o que contraen segundas nupcias indican niveles más elevados de felicidad y satisfacción generales que las que están solas. El matrimonio les ayuda a afrontar los sucesos estresantes de la vida —como la jubilación, la pérdida de ingresos, la enfermedad y la discapacidad. Son efectos positivos provenientes del sentido de intimidad, interdependencia y pertenencia que ofrece el matrimonio (Gilford, 1986).

Familias reconstituidas

Cuando las personas divorciadas o viudas con hijos vuelven a casarse, forman **familias reconstituidas o mezcladas**. Éstas plantean muchos más problemas de ajuste de funciones para los padrastros y los hijastros que la familia primaria. Con poca preparación para desempeñar sus nuevas funciones y con poco apoyo de la sociedad, los padrastros y las madrastras a menudo descubren que lograr una relación familiar satisfactoria es más difícil de lo que imaginaron. Pero cuando se realizan bien, las segundas nupcias pueden atenuar el estrés, sobre todo el del progenitor que tiene la custodia legal de los hijos (Furstenberg, 1987). El nuevo cónyuge podrá ofrecer un gran alivio a un progenitor divorciado si está dispuesto a compartir las responsabilidades financieras, los quehaceres domésticos, las decisiones relativas a la crianza de los hijos y otras actividades. Los hombres que vuelven a casarse tal vez tengan que soportar presiones adicionales, si están obligados a mantener dos familias.

En todo caso, las segundas nupcias son distintas al primer matrimonio. Operan dentro de una organización familiar más compleja —hijastros, ex cónyuges y ex parientes políticos, por ejemplo— que puede causar muchos conflictos. Con todo, el segundo matrimonio a menudo se caracteriza por una comunicación más abierta, por mayor aceptación del conflicto y por la seguridad de que cualquier problema que surja podrá resolverse de modo satisfactorio (Furstenberg, 1987).

familias reconstituidas o mezcladas Familias en las que la madre o el padre con hijos han vuelto a casarse.

La mayoría de los padrastros o madrastras y de los hijos terminan por lograr un ajuste positivo.



Las familias reconstituidas en perspectiva Suele pensarse que las tasas elevadas de divorcio y de segundas nupcias han originado un fenómeno por completo nuevo. Después de todo, casi en 40 por ciento de los matrimonios al menos uno de los contrayentes ya se ha casado.

Pero las familias reconstituidas no forman un fenómeno reciente. De hecho, su tasa actual es muy semejante a la de segundas nupcias en Europa y en Estados Unidos durante los siglos XVII y XVIII. No obstante, existe una gran diferencia. En la actualidad, la mayoría de las familias reconstituidas son resultado de la secuencia: matrimonio-divorcio-segundas nupcias. En el pasado, eran resultado de la secuencia matrimonio-muerte-segundas nupcias (Ihinger-Tallman y Pasley, 1987).

La diferencia entre ambos tipos de familia es, por supuesto, la presencia del ex cónyuge. El contacto con él suele proseguir y puede incluir la custodia legal compartida, ayuda económica y visitas. En algunas familias es difícil conservar las distancias, resolver los conflictos y evitar los sentimientos de rechazo de uno de los cónyuges. Para los niños esta situación significa ambivalencia, conflictos, incertidumbre y una lealtad dividida. No debe sorprendernos, pues, que los padrastros o madrastras que son viudos a menudo mencionan relaciones más positivas entre ellos y con sus hijos después del segundo matrimonio que cuando están divorciados (Ihinger-Tallman y Pasley, 1987).

Cómo aprender a vivir en una familia reconstituida La expectativa de que estas familias pueden reanudar su vida donde desapareció la familia primaria es poco realista y provoca frustración y decepción. Tanto los padrastros como los hijastros necesitan tiempo para adaptarse, para conocer la personalidad del otro y probarla. El mejor consejo en este caso es que los padrastros o madrastras traten de ocupar un sitio en la vida de los hijos que no sea igual al del progenitor biológico. Si tratan de competir con el verdadero progenitor, lo más seguro es que fracasen.

Cuando se les pregunta cuáles son los principales desafíos en la relación de padrastros e hijastros, los primeros mencionan en su mayoría que es corregirlos, adaptarse a sus hábitos y a sus personalidades y ganarse su aceptación

(Schlesinger, 1975, citado en Kompara, 1980). Para las madrastras suele ser más difícil ajustarse a sus nuevos roles. Para salir adelante deben superar terribles desventajas, en parte por el estereotipo de “la madrastra malvada” y en parte porque pasan más tiempo con los niños que los padrastros.

También es popular el estereotipo del hijastro. Se le considera una persona olvidada, tal vez maltratada, y alguien a quien no se quiere tanto como al hijo “verdadero”. Las encuestas al público general e incluso a los profesionales que ayudan a estas familias revelan que se trata de estereotipos bastante generalizados (Coleman y Ganong, 1987) a los que contribuyen los cuentos de hadas como Cenicienta o Hansel y Gretel. En realidad, esos estereotipos no son exactos, pero es común culpar al padrastro o la madrastra cuando se presenta una situación así (lo cual no ocurre con frecuencia). Los hijos pueden poner obstáculos. Pueden rechazar el afecto del padrastro o la madrastra y hacer imposible la armonía familiar si no han aceptado el divorcio o la pérdida del progenitor biológico, si son usados como peones de ajedrez en un divorcio amargo y conflictivo o si tienen una imagen idealizada del progenitor faltante.

El hecho de generar paulatinamente confianza mutua, afecto y un sentimiento de intimidad y respeto por el punto de vista del niño contribuye a establecer una relación positiva. A las niñas les resulta más difícil que a los varones establecer una buena relación con el padrastro (Hetherington, 1989). Es posible que se deba a que tienen una relación más estrecha con su madre antes del divorcio y a él lo consideran un intruso. Por su parte, los varones a menudo tienen relaciones difíciles y conflictivas con su madrastra.

Aunque los padrastros o las madrastras pocas veces ocupan el lugar idealizado que el progenitor biológico tiene en la vida del niño, logran crear con frecuencia un ambiente cálido, afectuoso y seguro, a menudo más satisfactorio que el que existía antes del divorcio. De hecho, la mayoría de los padrastros e hijastros de ambos sexos terminan haciendo ajustes positivos (Clingempeel y Segal, 1986; Visser y Visser, 1983). El ajuste es más probable cuando la familia reconstituida crea una nueva unidad social que extiende las características de la familia biológica de los hijos e incluya nuevas relaciones y estilos de comunicación, nuevos métodos de disciplina y estrategias de resolución de problemas (Paernow, 1984; Pasley e Ihinger-Tallman, 1989; Whiteside, 1989).

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Cuáles son algunos de los problemas que plantea el divorcio a los individuos y al sistema familiar?
 2. ¿Cuáles son algunos de los problemas de ajuste que los progenitores y los hijos afrontan en las familias reconstituidas?
 3. ¿Qué factores hacen especialmente difícil en la madurez el divorcio, las segundas nupcias y la formación de una familia reconstituida?
-

Continuidad y cambios ocupacionales

La madurez es un periodo en el que se cumplen las metas profesionales a largo plazo, en el que tal vez haya que hacer correcciones a la mitad del camino o en el que aparecen las decepciones. Es también un periodo en el que el estrés del trabajo alcanza su nivel máximo.

Hasta hace poco se pensaba que la vida laboral consistía, o debería consistir, en ingresar a una ocupación o carrera al inicio de la adultez y permanecer en ésta hasta jubilarse. Por supuesto, esta trayectoria “preferida” exigía una elección

bien meditada de la carrera y una rigurosa preparación inicial. Una vez comenzado un trabajo, se espera que sentemos las bases de una ocupación para toda la vida y que escalemos con la mayor rapidez posible la escala del éxito.

El escenario anterior se ha modificado mucho, en parte porque el desarrollo del adulto puede originar numerosos cambios de actitud, de necesidades y de metas profesionales. Más aún, en el mundo moderno de impresionantes adelantos tecnológicos y gran inestabilidad económica, los trabajos cambian con tanta rapidez o desaparecen en cantidades tan grandes que la pauta de una sola carrera ya no se aplica a la mayoría de las personas. En palabras de Phyllis Moen: “El suelo cambia bajo sus pies a medida que se reconfiguran las naturalezas del trabajo, de la familia, de las carreras y de la jubilación”. La reestructuración y la subcontratación empiezan a hacerse sentir en el trabajador estadounidense (véase el recuadro “Tema de controversia” en la página siguiente). Con frecuencia, la gente cambia de empresa o de puesto dentro de ésta.

Casi todas las personas no hacen modificaciones radicales una vez establecidas en su carrera; pero en la actualidad es poco frecuente que empiecen y terminen su vida profesional en el mismo trabajo o profesión. Esto se aplica sobre todo a las mujeres que interrumpen su carrera para dedicar unos 10 años a criar los hijos. En la madurez están preparados para canalizar su energía hacia otra forma de creatividad. Es en el trabajo en el que adquieren un nuevo sentido de logro y establecen relaciones significativas y perdurables. Teniendo presente esta posibilidad, vamos a examinar el proceso de reevaluación de la carrera que a menudo se da durante la edad madura, lo mismo que las reacciones ante el cambio de trabajo y ante el estrés.

Reevaluación a mitad de la carrera

Como hemos visto, cuando analizamos la historia laboral de los individuos de décadas anteriores, tenemos la impresión de que los ciclos de la vida ocupacional descritos por Havighurst (vea el capítulo 13) dejan fuera un periodo de profunda reevaluación o reexamen de la carrera que a menudo ocurre en la madurez, época en que los trabajadores mencionan un menor bienestar que los más jóvenes o más viejos (Warr, 1992). La reevaluación se debe a varias razones; dos motivos importantes son el hecho de que los trabajadores se dan cuenta de que no los ascienden con la rapidez que esperaban y que el trabajo puede resultar menos atractivo de lo previsto.

La probabilidad de hacer cambios laborales importantes es mayor entre las personas que pasan por importantes transiciones en la madurez. Levinson (1978) observó que los adultos de 40 a 50 años pueden presentar un cambio de valores y de metas que los lleva a pensar en modificar el curso de su carrera. Explica el cambio por la reaparición del sueño: la inspiración, los ideales y las metas de la juventud (vea el capítulo 13). La investigación indica que los adultos pueden afrontar en forma óptima este periodo de reevaluación si logran hacer un juicio realista y sistemático de sus capacidades personales y de las ventajas e inconvenientes de su actual puesto (Okun, 1984; Schein, 1978).

Eugene Thomas (1979) considera que ciertas condiciones sociales permiten hacer algo al respecto de aquellos cuyos valores y actitudes presentan alteraciones radicales. En la actualidad hay una mayor esperanza de vida, de modo que cuando terminan las responsabilidades para con los hijos, los progenitores están en condiciones de hacer cambios que pueden incluso disminuir sus ingresos o transformar su forma de vida. Cuando los dos cónyuges trabajan, uno puede seguir obteniendo ingresos y el otro cambiar de carrera. Thomas menciona que la mayor tolerancia de las desviaciones de las normas sociales tradicionales (incluido el hecho de que la esposa mantenga al marido) permite ser coherente con las nuevas creencias e ideales.

TEMA DE CONTROVERSIA

REESTRUCTURACIÓN Y SUBCONTRATACIÓN

La reestructuración corporativa adopta muchas formas cuando los altos directivos procuran minimizar los costos y maximizar las utilidades (al hacerlo ganan a menudo un excelente bono). La *reestructuración* o *reducción del tamaño* es un método: se eliminan puestos, se liquida a los empleados y a los que se quedan se les exige hacer más cosas, trabajar más duro y alargar el horario. Otro método es la *subcontratación*: el trabajo que antes se efectuaba en la compañía se asigna a proveedores, los cuales, a su vez, contratan a las mismas personas que se encargaban del trabajo antes que les redujeran sus prestaciones (sobre todo los planes de jubilación) y que se eliminara la seguridad laboral. Como en el despido de empleados, se espera que los trabajadores subcontratados laboren más arduamente y aumenten su productividad —expectativas que intensifican sobremanera el estrés (Gowing y otros, 1997).

Para quienes son despedidos por una reestructuración, la pérdida del empleo es mucho más que un problema económico. Puede ocasionar una verdadera catástrofe a ellos y a su familia. A veces produce enfermedad, divide a las familias y genera sentimientos de futilidad

y ausencia de autoestima. Para muchos, el desempleo representa algo más que una pérdida de ingresos. Casi siempre se observa un mayor índice de cefaleas, problemas estomacales e insomnio. También se observa un mayor consumo de tabaco, de alcohol y preocupaciones más fuertes que cuando se trabajaba (Liem, 1981). El desempleo afecta más gravemente a los varones a quienes se socializó para que fueran el sostén de la familia. Sufren más depresión y ansiedad, y presentan un índice más elevado de conductas psicóticas que los que trabajan (Liem, 1981). Además, la enfermedad, el suicidio, el alcoholismo, el divorcio y hasta el crimen ocurren en tasas epidémicas entre los desempleados. Muchos de ellos piensan que ya nada pueden esperar. Extrañan a los compañeros y la rutina de ir a trabajar. Para muchos, la sensación de impotencia cobra mayor fuerza cada vez que buscan empleo y son rechazados. Cuando este proceso tiene lugar con mucha frecuencia, pueden sentirse totalmente excluidos de la fuerza laboral. El rechazo que experimentan se exagera cuando los amigos y los vecinos los evitan.

¿Qué sucede a las personas que sobreviven a una reestructuración? Experimentan una inseguridad constante respecto de su futuro (“Puedo ser el

siguiente”) y bajo la presión de mayores exigencias, están sujetos a muchas fuentes de estrés (Burke y Nelson, 1997). Sufren confusión de roles, sobrecarga de trabajo, más políticas y conflictos en la oficina, mayor conflicto entre su trabajo y su vida familiar y personal y, en general, una atmósfera tensa que se acompaña de síntomas como mareos, problemas estomacales e hipertensión. Pierden la satisfacción laboral y se vuelven irritables, cínicos y deprimidos; la lealtad a la compañía suele desaparecer.

¿Qué efectos a largo plazo tendrá la tendencia creciente a la reestructuración y la subcontratación? Por ahora, es algo que se discute. En la década de 1990, el desempleo era bajo en Estados Unidos, se observaba un auge en las utilidades corporativas y en los mercados accionarios, y la economía se consideraba sana; gran parte de la riqueza se atribuía a la reestructuración de las empresas. No obstante, conviene señalar que a principios del siglo xx existía una situación similar, cuando los trabajadores tenían pocos derechos en el ámbito federal y eran explotados en todas las formas imaginables. Podríamos preguntarnos si la reestructuración y la subcontratación representan la moderna tecnología de la administración para volver al pasado.

Con todo, sólo unos cuantos realizan modificaciones profesionales drásticas durante la madurez (Levinson, 1983). Una causa de los cambios es la convicción de que se subutilizan sus habilidades en su puesto actual, quizá por los cambios en el puesto o por enfrentar menos retos una vez que se domina una especialidad. Otra causa es el **colapso laboral** —sensación de ser incapaz de seguir soportando el trabajo que cada mañana se acompaña del terror de tener que ir a trabajar. Desde luego, el colapso no se limita a la madurez (Stagner, 1985). De hecho, no es exclusivo de este periodo el proceso entero de reevaluar la estructura de la vida personal, el trabajo entre otras cosas (Levinson, 1986). En general, las personas mayores tienen menos probabilidades de cambiar de trabajo que los jóvenes (Rhodes, 1983).

El cambio de trabajo y el estrés

Para muchos, los cambios de carrera no son agradables y a veces no se realizan sin sobresaltos o problemas. La inestabilidad ocupacional puede tener efectos nocivos. Las personas cuya vida laboral transcurre según acontecimientos predecibles y programados por lo general sienten menos estrés que quienes deben encarar hechos impredecibles o no contemplados. Una persona puede sufrir

colapso laboral Fatiga psicológica que a menudo afecta a las personas maduras en las profesiones de servicios y de ayuda.



Para las personas maduras puede ser más difícil enfrentar la pérdida del empleo que para los jóvenes, pues aquéllas suelen invertir más en el trabajo.

elevados niveles de estrés, ansiedad y desequilibrio cuando ni el progreso ni los ascensos se realizan conforme a lo planeado, o cuando se ve obligada a cambiar de trabajo o queda desempleada de repente. Otros acontecimientos imprevistos de la edad madura pueden incluir la necesidad de regresar a la escuela e iniciar otra profesión o retirarse del trabajo para actualizar sus habilidades y seguir progresando en la carrera actual.

Pérdida del empleo Las personas que son despedidas, que permanecen sin trabajo en forma indefinida o que se ven obligadas a jubilarse manifiestan a menudo problemas emocionales que pueden ser más graves que el de la pérdida de ingresos (una vez más consúltese el recuadro “Tema de controversia”, página 535). Muchas veces el autoconcepto se destruye y también la autoestima. Ante la pérdida de la carrera, el individuo reacciona a menudo en formas semejantes a la respuesta de duelo desencadenada por la muerte de un ser querido (Jones, 1979). La pauta del duelo puede aparecer de modo repentino: al inicio, la pérdida involuntaria del trabajo provoca una fuerte impresión e incredulidad, seguidas después de ira y protesta. Algunos pasan incluso por una etapa de negociación parecida a la de los enfermos terminales, en la cual suplican (al empleador, al cónyuge o a Dios) más tiempo, una segunda oportunidad, etc. En esta etapa puede haber depresión, soledad o trastornos físicos. Los desempleados a veces sienten pánico, culpa por la pérdida o resentimiento; en ocasiones no logran participar en las actividades ordinarias, aunque no se relacionen con el trabajo. Algunos optan por convertirse en “vengadores postales” —expresión que se refiere a los empleados del servicio postal estadounidense que tanta publicidad han recibido y que buscan vengarse causando la muerte a quienes consideran responsables de la pérdida de su empleo, lo mismo que a cualquier persona que se encuentre cerca de ellos en esos momentos.

Una vez terminadas las reacciones de duelo y de ira, el desempleado comenzará a aceptar la pérdida, a abrigar esperanzas y a reencauzar sus energías para encontrar otro trabajo o iniciar otra carrera. Sin embargo, la pérdida de empleo puede ser más difícil de resolver en el caso de las personas maduras que de los jóvenes. En primer lugar, es probable que su identidad esté más vinculada al trabajo o puesto. En segundo lugar, suelen sufrir la discriminación de la edad en los programas de contratación y capacitación, a pesar de que en Estados Unidos hay leyes que la prohíben. En tercer lugar, si encuentran trabajo su sueldo y su estatus serán seguramente más bajos que antes (Kelvin y Jarrett, 1985; Sinfeld, 1985). Esto les ocurre sobre todo a quienes han logrado ascender en la jerarquía de una empresa y han alcanzado un puesto que supere su formación académica, pues sus habilidades sólo se aplican a esa compañía en concreto (DuBrin, 1978).

En términos generales, quienes se adaptan mejor a la pérdida de empleo lo toman con serenidad, no dirigen su enojo contra sí mismos, no se culpan ni se consideran fracasados en el ámbito profesional y personal. En la tabla 15-4 se resumen otros factores que determinan la eficacia con que la gente se ajusta a la pérdida de empleo.

Colapso laboral Como ya vimos, es un estado psicológico de fatiga emocional, acompañado a menudo de cinismo extremo, que predomina en quienes se dedican a los servicios de ayuda (Maslach y Jackson, 1979). El riesgo de sufrirlo es elevado entre trabajadoras sociales, policías, enfermeras, terapeutas, profesores y otros profesionistas que deben trabajar en estrecho contacto personal con aquellos a quienes atienden, a menudo en situaciones de gran tensión y estrés. En otro sentido, la designación se aplica también al efecto que sufren quienes, habiendo trabajado duro y dedicado toda su energía a tratar de alcanzar una meta prácticamente imposible, fracasan en su intento (Freudenberger y Richelson, 1980). El colapso también se observa en los que ocupan puestos subordinados de bajo nivel y no pueden responder al maltrato del que a veces son objeto (Holt, 1982).

Tabla 15–4 Factores en el afrontamiento de la pérdida de empleo

<i>Salud física.</i> Una de las primeras formas de encarar la pérdida de empleo consiste en encontrar otro; es más fácil proyectar una buena imagen en las entrevistas cuando se tiene buena salud. La buena condición física también mejora la capacidad de sortear el estrés, los desafíos imprevistos y la fatiga causada por la pérdida de empleo.
<i>Recursos físicos y financieros.</i> El desempleo produce mayor estrés en las personas sin recursos financieros que en quienes pueden pagar los gastos ordinarios mientras buscan trabajo. Estos últimos tal vez se vean obligados a vender su casa y a reducir su nivel de vida, lo cual intensifica el estrés ocasionado por la pérdida del trabajo.
<i>Habilidades específicas.</i> A los que poseen habilidades apreciadas en el mercado de trabajo probablemente les cueste menos trabajo encontrar empleo, que a quienes han recibido una formación inadecuada u obsoleta.
<i>Apoyo social.</i> A menudo el individuo rodeado por una familia amorosa y servicial logra afrontar mejor el desempleo, que el que vive solo o cuyas relaciones familiares son problemáticas.
<i>Comprensión de los hechos.</i> La capacidad de entender las causas de la pérdida del empleo (¿se debió a una reestructuración, a un desempeño deficiente o a un conflicto de personalidades?) ayuda a superar la separación y a reunir energía suficiente para buscar otro trabajo. Esta capacidad se obtiene en parte con la educación y la experiencia.
<i>Previsión y preparación.</i> Mucho antes de que lo despidieran, un ingeniero aeroespacial que conocía las consecuencias del desmantelamiento de la Unión Soviética y del final de la Guerra Fría previó la posibilidad de quedarse sin trabajo y en algunos casos se preparó para trabajar en otras áreas afines. Cuentan con menos opciones los que no pueden prever que van a perder el trabajo.
<i>Factores de la personalidad.</i> Los rasgos de la personalidad como flexibilidad, la apertura a nuevas experiencias y la adaptabilidad preparan a la persona para que soporte las presiones relacionadas con la obtención de un nuevo empleo.
<i>Historial.</i> Quienes han perdido el trabajo antes y ya pasaron por periodos de desempleo reaccionarán de manera diferente que los que nunca han tenido tales experiencias.

Por lo regular, los miembros de profesiones orientadas a la ayuda son idealistas, están muy motivados y son muy competentes, pero terminan por percatarse de que no influyen tanto en el curso de las cosas como pensaban. En este caso la causa general del problema es la ausencia de recompensas en una situación laboral en la que se puso mucho esfuerzo y predominaron grandes esperanzas al inicio (Chance, 1981).

Las personas que presentan colapso laboral inician a menudo su vida de trabajo con grandes ideales y las mejores intenciones. En el curso de su trabajo se dan cuenta de que tienen poca influencia en la gente a quien tratan de ayudar o que los problemas son tan abrumadores y las soluciones tan difíciles que nunca tendrán éxito, en parte por la naturaleza de los problemas que decidieron abordar —pobreza, fracaso educativo, enfermedad y prevención de enfermedades, violencia familiar, abuso de drogas— y en parte porque aquellos a quienes tratan de ayudar muchas veces rechazan su intervención. Y para empeorar más las cosas, pueden verse obligados a pasar muchas horas llenando formularios para cumplir con las regulaciones institucionales, estatales y federales, actividad ingrata que consume mucho tiempo y energía.

Los primeros síntomas de colapso laboral incluyen frecuentes episodios de ira, frustración y desesperación. El trabajo se convierte en una carga que no es posible soportar más tiempo. Los trabajadores pueden incluso volverse contra las personas a las que deberían ayudar o evadir los vínculos emocionales, convirtiéndolos en fría indiferencia. Se observan también cansancio físico, enfermedades

psicosomáticas, poco espíritu de grupo, desempeño mediocre y ausentismo (Maslach y Jackson, 1979).

Poco puede hacerse para eliminar las causas del colapso laboral sin transformar de manera radical la sociedad y las situaciones del trabajo. Los empleados pueden evitarlo o por lo menos reducirlo si adoptan una actitud realista ante su trabajo o sus metas, si impulsan cambios en el perfil de su puesto o en el flujo de trabajo, si tratan de separar el trabajo de su vida familiar y social (es decir, si no llevan los problemas del trabajo a casa) y si cultivan intereses en otros ámbitos. Éste es un buen consejo para todos, no sólo para las víctimas potenciales de colapso.

El contexto del estrés laboral Este tipo de tensión no sólo depende de lo que suceda en el lugar de trabajo. Ambos sexos desempeñan muchos roles laborales y familiares que en ocasiones compiten entre sí. En el trabajo se practica en ocasiones una forma sutil de discriminación cuando se considera que sólo las mujeres encaran este tipo de conflicto de roles; a veces se teme que lleven al trabajo sus problemas familiares y que, por tanto, estén menos calificadas para ocupar puestos de gran responsabilidad. Así, pues, renuncian o se ven sometidas a un estrés excesivo que les impide cumplir bien con las exigencias del trabajo. Algunos autores afirman que redescubriremos los roles del varón como padre y esposo si incluimos las múltiples funciones laborales y familiares en el modelo de este tipo de estrés. En este paradigma, tanto el hombre como la mujer pueden reconocer y manejar las causas de estrés provenientes del trabajo y la familia; por su parte, las organizaciones podrán hacer ajustes y adaptarse a las exigencias antagónicas del trabajo y de la familia (Baruch y otros, 1987).

REPASE Y APLIQUE

1. ¿En qué se distingue del ciclo ocupacional “clásico” el patrón laboral que caracteriza en la actualidad a la madurez?
2. ¿Por qué la madurez es con frecuencia un periodo de reevaluación de la carrera?
3. Mencione algunos problemas y mecanismos de afrontamiento relacionados con la pérdida del empleo.
4. Describa las causas y los síntomas del colapso laboral.

RESUMEN

Continuidad y cambio de la personalidad

- Numerosos estudios recientes aportan pruebas de que la madurez es un periodo muy variado y diverso.
- La etapa de la madurez y los años posteriores pueden resultar complejos en extremo, porque las personas tienen hijos adolescentes o adultos, así como padres ancianos.
- Según Erikson, los principales problemas que se encaran en esta fase de la vida es el de la generatividad frente al estancamiento. La generatividad se da en tres dominios: el procreativo, el productivo y el creativo. La alternativa es el estancamiento y una sensación de ensimismamiento y tedio.

- En opinión de Peck, los problemas y procesos de la madurez y de la vejez son más numerosos de lo que propuso Erikson. Éste sugiere siete procesos o conflictos del desarrollo adulto (vea la tabla 15-1).
- Los varones de edad madura se sienten comprometidos con el trabajo y con la familia, han aprendido rutinas que les ayudan a afrontar los problemas conforme van surgiendo y deben encarar los problemas de cuidar a padres ancianos, tratar con hijos adolescentes, aceptar las limitaciones personales y reconocer su creciente vulnerabilidad física.
- La edad madura presenta a los varones cuatro trayectorias generales. En el caso de los trascendentes-generativos, se trata de un periodo de realización

y logros; los seudodesarrollados mantienen las apariencias, pero se sienten perdidos, confundidos o aburridos; los que se encuentran en la crisis de la madurez se creen incapaces de cumplir con las exigencias y de resolver los problemas; los vengativos-decepcionados se sienten tristes o enajenados.

- Por tradición las mujeres se definen a sí mismas más en función del ciclo familiar que de su lugar en el ciclo profesional. Apter identificó cuatro “tipos de mujeres maduras”. A la mujer tradicional le cuesta relativamente poco adoptar el rol de persona madura; la innovadora reevalúa sus funciones; la expansiva efectúa cambios considerables en sus metas de este periodo con el fin de ampliar sus horizontes; la manifestante trata de posponer en lo posible la madurez.
- En la mujer madura, los conflictos comunes de roles se concentran en disponer de tiempo para su familia y su carrera. La tensión que se produce está relacionada con una sobrecarga de las exigencias de un mismo rol.

Familia y amigos: contextos interpersonales

- Las personas de edad madura sirven de puente entre la generación más joven y la anterior. A menudo son los guardianes de la estirpe, pues preservan los rituales familiares, celebran los logros, conservan viva la historia familiar, etcétera.
- Las relaciones con los hijos adultos incluyen, entre otras cosas, lanzarlos a la vida independiente. Se trata de una transición importante para los progenitores. Pueden sentirse tristes durante ésta, pero una vez que los hijos se hayan marchado disfrutarán de más libertad, intimidad e ingreso discrecional.
- Muchos estadounidenses crían solos a sus hijos y pueden verse agobiados por profundos conflictos o por relaciones cambiantes con los hijos adolescentes.
- Luego de lograr la independencia de su último hijo, los progenitores empiezan a cultivar roles e intereses ajenos a la paternidad/maternidad. A esta etapa de la vida familiar se le da a veces el nombre de nido vacío.
- En la madurez, la relación entre progenitores e hijos es más recíproca que en cualquier otra fase.
- La conducta de los hijos con sus padres dependerá de las experiencias y de la etapa del ciclo de la vida familiar en que se encuentren. La mayoría de las personas maduras mantienen una relación constante con sus padres ancianos que abarca contacto regular, recuerdos compartidos e intercambio de ayuda.
- Con los años poco a poco se invierten los roles entre las personas de edad madura y sus progenitores. Es una etapa en que las personas maduras se convierten en la generación al mando.
- La mayoría de las personas maduras se encargan de cuidar a sus padres durante mucho tiempo. Les

ofrecen apoyo social, afecto y alguien en quien confiar. Las hijas están más dispuestas que los hijos a cuidarlos.

- La mayoría de los estadounidenses se convierten en abuelos en el periodo de la madurez. Aunque este rol es individual, el abuelo cumple cuatro funciones: da estabilidad, está presente en momentos de emergencia, sirve de árbitro y conserva la memoria histórica de la familia.
- Las amistades son a menudo parte central de la vida de las personas maduras. Satisfacen muchas necesidades emocionales básicas de las personas mayores cuyos hijos ya crecieron o enviudaron.

La familia cambiante

- El divorcio suele ocurrir como culminación de un largo proceso de distanciamiento emocional. Muchos matrimonios observan que ya no es necesario permanecer unidos por amor a los hijos. En parte, el divorcio se debe a expectativas poco realistas acerca del matrimonio.
- Los divorciados sufren problemas muy diversos, entre otros los financieros y los relacionados con el mantenimiento de la familia. El divorcio puede ser particularmente difícil en la edad madura porque los cónyuges se han acostumbrado a una forma de vida en común.
- Establecer un nuevo estilo de vida después de divorciarse es más fácil para algunos. A unos les agrada la oportunidad de volver a comenzar; a otros les resulta aterradora la idea de vivir solos.
- La mayoría de las personas divorciadas se sienten mucho mejor en los dos o tres años que siguen a la separación definitiva. Sin embargo, una minoría considerable se siente amargada y aislada incluso 10 años después del divorcio.
- Las principales razones por las que los matrimonios permanecen unidos son dos: les agrada el cónyuge y se consideran los mejores amigos.
- Las personas de edad madura que no se divorcian o que contraen segundas nupcias mencionan niveles más elevados de felicidad general y de satisfacción que las que se quedan solas.
- Las segundas nupcias a menudo dan origen a lo que se conoce como familia reconstituida o mezclada. Este tipo de familia presenta muchos problemas de ajuste de roles tanto para los padrastros o las madrastras como para los hijastros e hijastras. Por lo demás, las segundas nupcias funcionan dentro de una organización familiar más compleja capaz de ocasionar grandes conflictos.
- Los problemas principales de la relación entre padrastros o madrastras e hijastros o hijastras son: corregir a los hijos, ajustarse a sus hábitos y personalidad y ganarse su aceptación. Resulta más fácil

establecer una relación positiva si se toma un poco de tiempo para que aparezcan la confianza, el afecto y el respeto.

Continuidad y cambio ocupacional

- El desarrollo adulto puede generar muchos cambios de actitudes, de necesidades profesionales y de metas. Por otro lado, los trabajos se modifican con tal rapidez o se eliminan en cantidades tan grandes que ya no se aplica la pauta de una sola carrera a la mayoría de la gente.
- A menudo se observa un periodo de seria reevaluación o reconsideración de la carrera durante la madurez, porque las personas se dan cuenta de que no están siendo ascendidas con la rapidez deseada o que el trabajo es menos conveniente de lo previsto.
- Hay más probabilidades de que las personas que pasan por grandes transiciones en este periodo hagan

cambios radicales en su trabajo, pero sólo unos cuantos realizan dichos cambios.

- Los cambios de carrera causan gran estrés, ansiedad y desequilibrio.
- Se observan problemas psicológicos en los que son despedidos, que permanecen sin trabajo de manera indefinida o que se ven obligados a jubilarse. Sus reacciones se asemejan a la respuesta de duelo desencadenada por la muerte de un ser querido.
- A las personas maduras les resulta más difícil ajustarse a la pérdida de empleo que a los jóvenes. Los que logran sortear mejor la situación la toman con mucha serenidad, no dirigen el enojo hacia su interior, no se culpan ni se consideran fracasados.
- El colapso laboral es un estado psicológico de cansancio emocional, acompañado a menudo de un cinismo extremo, que predomina sobre todo entre los que se dedican a profesiones de servicio y ayuda.

CONCEPTOS BÁSICOS

guardianes de la estirpe
nido vacío

familias reconstituidas o mezcladas
colapso laboral

UTILICE LO QUE APRENDIÓ

¿Cuáles son los principales problemas y preocupaciones en la madurez? Discútalos con un amigo o un pariente de 40 a 60 años de edad. ¿En qué forma influyen en esto los aspectos de las vidas familiar y laboral? Anime al entrevistado para que compare sus inquietudes e intereses actuales con los de hace 10 años. ¿Cómo cambió la vida de esa persona en la última década?

¿Ha experimentado el entrevistado algunos de los sucesos y las ideas que se explican en el capítulo? ¿Se trata de acontecimientos y reacciones normativos y predecibles o inusuales? ¿Puede identificar un campo que se caracterice por la continuidad y otro por el cambio? ¿La fuente principal de estrés son las relaciones personales o su carrera?

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

ANDERSON, J. (1990). *The single mother's book*. Atlanta: Peachtree Publishers. Guía bien organizada para orientar la vida de una madre sola: hijos, trabajo, hogar, finanzas y todo lo demás.

APTER, T. E. (1995). *Secrets paths: Women in the new mid-life*. Nueva York: W. W. Norton and Company. La psicóloga social Terri Apter realiza otro de sus estudios exhaustivos mediante entrevistas y lo presenta en un formato de divulgación.

CARNOY, M. Y CARNOY, D. (1995). *Fathers of a certain age: The joys and problems of middle-aged fatherhood*. Boston: Faber y Faber. Motivado por su segundo matrimonio y

su paternidad, este padre de edad madura (Martín), en colaboración con su hijo adulto (David), explora, con ayuda de datos muy completos de entrevistas, las complejidades de la familia reconstituida y sus roles cambiantes.

GEIST, W. (1997). *The big five-oh: Facing, fearing and fighting fifty*. Nueva York: William Morrow. El comentarista y humorista televisivo Bill Geist reacciona ante el fenómeno aparentemente imprevisto del envejecimiento.

GOWING, M. K., KRAFT, J. D. Y QUICK, J. C. (eds.) (1998). *The new organizational reality: Downsizing, restructuring,*

- and revitalization*. Washington, DC: American Psychological Association. Recopilación multidisciplinaria de lecturas sobre las tendencias recientes de la administración que incluye el punto de vista de la empresa y de los empleados.
- KEGAN, R. (1995). *In over our heads: The mental demands of modern life*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Robert Kegan, especialista del desarrollo, describe las complejas “exigencias mentales” de la vida privada y pública que en la actualidad encaran los adultos y sus luchas personales para interpretarlas.
- LOPATA, H. Z. (ed.) (1987). *Widows*. Durham, NC: Duke University Press. Recopilación de artículos dedicados a las viudas de diversas culturas y a los sistemas disponibles de apoyo social.
- MCCRAE, R. P. Y COSTA, P. T. (1990). *Personality in adulthood*. Nueva York: Guilford Press. Presentación actualizada por los autores que contiene una teoría e investigaciones que subrayan la continuidad de las características de la personalidad.
- RAWLINS, W. K. (1992). *Friendship matters*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter. Reseña de estudios que demuestran la importancia de los amigos como amortiguadores del estrés y como fuente de retroalimentación positiva.
- ROUNDTREE, C. (1994). *On women turning 50: Celebrating midlife discoveries*. San Francisco: Harper. Atractiva serie de entrevistas, fotografías y perfiles de la mujer contemporánea durante la madurez, de Charlayne Hunter-Gault a Gloria Steinam.
- SCHREIBER, L. A. (1990). *Midstream: The story of a mother's death and a daughter's renewal*. Nueva York: Penguin. Crónica personal de las experiencias de esta periodista de 40 años con la enfermedad y la muerte de su madre. Se trata de una remembranza cálida, afectuosa y llena de humorismo, esperanza, ira y renovación.
- SHEEHY, G. (1995). *New passages: Mapping your life across time*. Nueva York: Random House. Tomando como base sus entrevistas, este periodista afirma que los *baby boomers* actuales rechazan el concepto de madurez y prefieren comenzar una segunda adultez a los 45 años —con un significado más profundo y mayor optimismo.

16

La vejez: desarrollos físico y cognoscitivo

CAPÍTULO



TEMARIO

El envejecimiento en la actualidad

Ancianismo y estereotipos
Cuatro décadas de senectud

Aspectos físicos del envejecimiento

El cuerpo cambiante
Salud, enfermedad y alimentación

Causas del envejecimiento

Factores hereditarios y ambientales
Teorías del envejecimiento

Cambios cognoscitivos en la edad avanzada

La cognición en la senectud
Deterioro cognoscitivo
Compensación de la mente que envejece

Investigación en Hispanoamérica

El estado de salud del adulto mayor en América Latina

R. Todd Jewell / Máximo Rossi / Patricia Triunfo

Universidad de la República, Uruguay

Utilizando los datos de la encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento, este ensayo analiza el estado de salud de los adultos mayores de 60 años en 5 países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay. Se utilizan modelos *probit* ordenados que permiten investigar los efectos de las variables socioeconómicas sobre el estado de salud informado por los individuos. Los resultados muestran que dicho estado está positivamente correlacionado con la buena nutrición, los niveles de educación formal y el estilo de vida. Los hombres y aquellos que están satisfechos con su nivel de ingreso tienen una probabilidad mayor de informar un mejor estado de salud.

También se encuentra que la situación socioeconómica de los primeros años de vida afecta el estado de salud; este resultado tiene importantes implicaciones para las políticas públicas en salud. Por último, la relación entre las variables socioeconómicas y el estado de salud que informan los individuos se muestran con la misma importancia relativa en los cinco países.

[...] En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo ausencia de enfermedad o dolencia". En este sentido, por primera vez se la define como algo positivo, a partir de lo cual muchos autores realizaron aportes que fueron tornando a esta definición más completa y aplicable. En cualquier caso, la literatura se ha preocupado por analizar sus determinantes, mostrando factores no médicos, como son el desempleo, ingreso, educación, pautas y estilos de vida, determinantes medio ambientales, etc., afectan el estado de salud, pudiendo entonces los gobiernos incidir sobre la misma a través de políticas de ingreso o educativas y no sólo a través de cambios en los sistemas sanitarios (Grossman *et al*, 1997, Auster *et al*, 1969).

[...] En América Latina se ha dado un proceso de envejecimiento de su población, lo cual implicará requerimientos ineludibles en políticas específicas de salud para este grupo etario, programas de servicios sociales y servicios médicos que atiendan las condiciones crónicas que acompañan la longevidad, etcétera. El proceso de envejecimiento afecta no sólo a los adultos mayores sino también a la población joven a través de los sistemas de seguridad social, mercados laborales, transferencias intergeneracionales, distribución del ingreso, etcétera.

[...] Aparecen con mayor riesgo sanitario: los menos educados, los sedentarios, los mal nutridos, las mujeres y los que tienen cobertura pública de salud (lo cual está asociado con bajo nivel socioeconómico).

Por lo tanto, elevar el nivel de educación general, con especial énfasis en las mujeres, por ser las de mayor esperanza de vida y las que más utilizan el sistema, aumentaría el estado de salud y por tanto reduciría el gasto en cuidados médicos.

Para el promedio de las poblaciones no se encuentran diferencias por edad, esto es compatible con la evidencia internacional en donde



se encuentra que el aumento en la esperanza de vida no ha llevado a un aumento del tiempo de sufrimiento de la severidad de las mismas (Fogel, 2003, 2004). De hecho, se encuentra una declinación paralela de la tasa de morbilidad con la de mortalidad. El retardo en la aparición de las enfermedades crónicas entre 1900 y 1990 (en más de 10 años) fue más alto que el incremento de la esperanza de vida (6.6 años) (Helmchen, 2003; Bell *et al*, 1992).

Otra conclusión importante, es que las condiciones en los primeros años de vida son determinantes del estado de salud en etapas finales de la vida. En este sentido, tanto una situación económica favorable y haber tenido una excelente salud en los primeros 15 años, aumentan la probabilidad de que el adulto mayor tenga un buen estado de salud.

Como se señala en la literatura, la expansión en la educación y las mejoras nutricionales en las etapas iniciales de la vida han hecho más por el incremento en la longevidad que la medicina clínica (Fogel, 2003; 2004). En países con altos niveles de pobreza en la infancia, se pueden prever problemas en la depreciación del *stock* de salud; por consiguiente, en la depreciación del capital humano, menor productividad y crecimiento de la demanda de cuidados médicos al sector público a medida que envejezcan las cohortes actuales.

FUENTE: Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, documentos de trabajo (20/06) diciembre de 2006.

Objetivos del capítulo



Cuando termine este capítulo, podrá:

1. Describir los mitos y las realidades del envejecimiento.
2. Describir los cambios físicos que caracterizan al proceso del envejecimiento y los factores que los producen.
3. Comparar y contrastar las distintas teorías y explicaciones del proceso de envejecimiento.
4. Explicar los cambios cognoscitivos que ocurren con los años, distinguiendo los que son intrínsecos al envejecimiento de las causas secundarias del deterioro cognoscitivo.

Hace algunos años, Don y su padre de 77 años escalaban fatigosamente una cuesta escarpada en un parque nacional; los rebasaron dos hombres mucho más jóvenes que subían la colina con paso ágil. Al pasar junto a ellos, uno de los jóvenes se volteó y le dijo al otro: “De veras, no me gustaría hacerme viejo”. El padre de Don se apresuró a responder con brillo en los ojos: “¡Tampoco a mí!” Como se advierte en este ejemplo, la edad es relativa; nuestra edad depende en parte de cuán viejos *pensemos* que estamos.

La vejez es un periodo importante por su naturaleza. Comienza al inicio de los 60 años aproximadamente y, en algunos casos, puede abarcar hasta 40 años. En algunas sociedades, a los ancianos se les admira y se les recompensa con una elevada condición que corresponde a su edad. Por el contrario, apenas recientemente descubrió el Mundo Occidental a este numeroso y creciente segmento de la población, más conocido como la “tercera edad”.

En este capítulo, examinaremos los desarrollos físico e intelectual que ocurren en la vejez a las reacciones a dichos cambios. Aunque parezca extraño emplear el término *desarrollo* en el título del capítulo, en realidad designa el crecimiento y el deterioro debidos a factores hereditarios y ambientales.

El envejecimiento en la actualidad

¿Cómo es el envejecimiento? Para muchos, las perspectivas son tan sombrías que no quisieran averiguarlo. De hecho, algunos jóvenes ven la senectud como un estado de existencia marginal. Temen perder la energía, el control, la flexibilidad, la sexualidad, la movilidad física, la memoria y hasta la inteligencia que consideran que acompañan al envejecimiento. En esta sección examinaremos algunos de los estereotipos relacionados con los ancianos y el impacto que ejercen en este grupo de edad. También examinaremos década por década algunas de las características de las personas mayores.

Ancianismo y estereotipos

A menudo se estereotipa a los ancianos. Las encuestas de opinión aplicadas a la población en general, y en las que también ellos participan, revelan imágenes positivas y negativas (vea la tabla 16-1). Los estereotipos dificultan ver a los ancianos con objetividad y entender su diversidad. Estos estereotipos pueden incluso originar actitudes y políticas que desalientan la participación activa de los ancianos en el trabajo y en las actividades recreativas. Las investigaciones señalan que las percepciones sobre el envejecimiento muestran diferencias de género. Por ejemplo, en un sondeo de algunas películas populares de las últimas décadas, Doris Bazzini y sus colegas (1997) descubrieron que es más frecuente que a las ancianas se les represente como feas, hostiles y tontas que a los ancianos.

El error de generalizar a partir de unos cuantos Desde un punto de vista objetivo, la situación de algunos ancianos parece insatisfactoria. En promedio, tienen más baja escolaridad que la población general en la actualidad. Algunos,



Una percepción errónea respecto de los ancianos, que se basa en un estereotipo negativo, es que son trabajadores menos productivos y eficientes que los jóvenes.

Tabla 16-1 Percepciones erróneas sobre los ancianos, basadas en estereotipos

Ejemplos de percepciones erróneas basadas en estereotipos negativos

Casi todos los ancianos son pobres.
 La mayoría de los ancianos es incapaz de mantenerse al día en cuanto a la inflación.
 La mayoría de los ancianos vive en casas mal acondicionadas.
 Casi todos los ancianos son débiles y enfermizos.
 Los ancianos carecen de fuerza política y, por tanto, necesitan ayuda.
 La mayoría de los ancianos son empleados inadecuados; las personas de la tercera edad son menos productivas, eficientes, motivadas, innovadoras y creativas que los jóvenes. Están propensas a sufrir accidentes.
 Los ancianos son mentalmente más lentos y más olvidadizos; les cuesta más aprender cosas nuevas.
 Los ancianos suelen ser intelectualmente rígidos y dogmáticos. Casi todos son obstinados e incapaces de cambiar o no están dispuestos a hacerlo.
 Casi todos los ancianos viven aislados de la sociedad y son solitarios; se están desvinculando en su mayoría de la sociedad o ya se desvincularon.
 Casi todos los ancianos viven reclusos en instituciones de cuidado a largo plazo.

Ejemplos de percepciones erróneas basadas en estereotipos positivos

Los ancianos llevan una vida relativamente acomodada; no son pobres, sino que su situación económica es desahogada. Los beneficios de que disfrutaban son generosamente aportados por los miembros de la sociedad que trabajan.
 Los ancianos son una fuerza política potencial que vota y participa como bloque y en gran número.
 Los ancianos hacen amigos con facilidad. Son amables y afectuosos.
 Casi todos los ancianos son personas maduras, interesantes y con experiencia.
 La mayoría de los ancianos sabe escuchar y es especialmente paciente con los niños.
 Casi todos los ancianos son muy amables y generosos con sus hijos y sus nietos.

asilos se han ganado la fama de aprovecharse de los ancianos y de proporcionarles apenas los cuidados suficientes para que sobrevivan y pocas razones para vivir y crecer. Si dejamos de lado las historias de abusos que se comenten en tales lugares, en los periódicos proliferan las terribles noticias sobre ancianas que son atracadas, robadas y hasta violadas por grupos de adolescentes malvados, y sobre ancianos que roban carne de hamburguesa o que viven de alimentos enlatados para perros. En Estados Unidos, antes de que algunos grupos agresivos de defensa como Gray Panthers comenzaran a expresar las necesidades de estas personas y que la Asociación Estadounidense de Jubilados (American Association of Retired Persons, AARP) empezara a reunir recursos para ayudarles, el público en general suponía que ni siquiera podían hablar para defenderse. Había tan poco interés en ellos que casi no se les dedicaban investigaciones hasta las tres últimas décadas. Bernice Neugarten (1970) emplea el término **ancianismo** para describir esta actitud de indiferencia y olvido. Así pues, no debe sorprendernos que la senectud parezca un destino ignominioso.

¿Existen todavía los estereotipos de que las personas mayores de 65 años constituyen casi 13 por ciento de la población y que el público se ocupa más de ellos? A 160 estudiantes de la Universidad Estatal de California se les formuló una serie de preguntas sobre cómo son los ancianos (Babladelis, 1987). Estimaron que 30 por ciento de la población estadounidense era de ancianos y que necesitaba servicios. Pensaron que el adjetivo *viejo* debería aplicarse a personas mayores de 60 años. También señalaron que, si bien tenían parientes y vecinos longevos, “no querían pasar su tiempo con viejos”. Confesaron además que tenían una actitud respetuosa y consciente de sus deberes hacia ellos, pero sentían que esas personas reunían muchas características negativas: eran seniles, egocéntricas, aburridas y demasiado locuaces. Les parecían incapacitados en el aspecto físico. Aunque muchos de los estudiantes tenían abuelos de 60 a 70 años muy vigorosos, sus actitudes no habían cambiado mucho respecto de las que predominaban a fines de la década de 1970 (Babladelis, 1987).

En términos generales, las personas de todas las edades suelen asignar estereotipos más negativos a los ancianos y más positivos a los jóvenes (Hummert y otros, 1995). Pero estas actitudes y estereotipos no son la regla. En varios estudios se ha comprobado que las actitudes hacia los ancianos son a menudo ambivalentes, si no es que contradictorias. Se les considera sabios y seniles, amables y gruñones, interesados en la gente a la vez que inactivos y antisociales (Crockett y Hummert, 1987). Así, los estereotipos que acabamos de presentar son un mosaico de hechos y de fantasía. Algunos problemas guardan poca relación con el envejecimiento: el deterioro de la salud y la soledad no por fuerza forman parte del envejecimiento, como tampoco el acné y la torpeza social son características propias del adolescente. En la población mayor de 65 años encontramos corredores de maratón y ejecutivos, lo mismo que solitarios y desamparados. Los estereotipos negativos no sólo inculcan el temor a los viejos en los jóvenes, sino que además influyen poderosamente en los primeros. Los sondeos de opinión han demostrado que la mayor parte de los longevos tienen una opinión más positiva de su situación económica y social que el público en general. Sin embargo, a menudo creen contarse entre los pocos afortunados que han escapado a la desgracia de envejecer en Estados Unidos.

ancianismo Actitud social predominante que sobrestima la juventud y discrimina a los ancianos.

Una perspectiva sociológica/cultural La vejez no siempre ha inspirado temor a la gente. En la Biblia se creía que los ancianos poseían una gran sabiduría. En las tribus de indios estadounidenses, se les venera por tradición como hombres sabios, transmisores de la cultura y depositarios de la memo-

ria histórica. En China, en Japón y en otras naciones del Lejano Oriente se les venera y se les respeta en la tradición de la **piEDAD filial**. Por ejemplo, en Japón más de tres de cada cuatro ancianos viven con sus hijos y se les muestra respeto en diversas actividades ordinarias. En casa, las comidas se preparan para todos y en público la gente se inclina con respeto al ver pasar a un anciano. Sin embargo, aunque este respeto se conserva en Japón, es más pronunciado entre las personas maduras y los habitantes de las zonas rurales que entre los jóvenes y quienes habitan en las ciudades (Palmore y Maeda, 1985).

La tradición bíblica de veneración a los ancianos fue un potente factor cultural en las colonias de América. La senectud era vista como una manifestación exterior de la gracia y del favor divinos, como premio de una vida totalmente íntegra. Benjamin Franklin fue uno de los que redactaron la Constitución de aquel país, no sólo por ser un sagaz parlamentario sino también por tener más de 80 años en aquella época y porque se le veía “coronado” con la gloria de los años. Desde un punto de vista pragmático, este tipo de reverencia era muy profunda, pues pocos alcanzaban una edad avanzada. El contraste demográfico entre el pasado y la actualidad es extraordinario: en el periodo colonial, la edad promedio de la población era de 16 años y apenas 2 por ciento llegaba a los 65 años de edad. En algunas relaciones de los primeros colonos se describe a adultos de entre 30 y 40 años como personas canosas, con arrugas y con una incipiente calvicie (Fischer, 1978).

En la actualidad, la edad promedio de la población estadounidense es de 34.6 y sigue en aumento. Aproximadamente uno de cada ocho habitantes tiene 65 años o más. El porcentaje de la población mayor de 65 años crecerá de modo impresionante durante las tres próximas décadas por causa del envejecimiento de los *baby boomers* (o generación de la posguerra), por la tendencia a una menor natalidad y por la mortalidad decreciente. De acuerdo con las proyecciones de la Oficina de Censos de Estados Unidos, en el año 2030 uno de cada cinco estadounidenses tendrá 65 años o más (vea la tabla 16-2). La medicina moderna ayuda a muchos individuos a sobrevivir a enfermedades y lesiones serias, y algunos siguen existiendo pese a deficiencias graves. Sin embargo, muchos ancianos son vigorosos, activos e independientes. Claro que estamos presenciando el nacimiento de un grupo sin precedentes de ancianos sanos, educados, jubilados o parcialmente jubilados, al menos en las naciones desarrolladas. En la figura 16-1 se aprecian las pirámides demográficas de

piEDAD filial Veneración que se tributa a los ancianos en las culturas orientales. Se manifiesta en las tradiciones culturales, lo mismo que en los encuentros cotidianos.



En muchas sociedades, como las de China, Japón y otras naciones asiáticas, suele venerarse y respetarse a los ancianos.

Tabla 16-2 Envejecimiento de la población: porcentaje de la población de 65 años en adelante

Real		Proyectado	
1950	8.1%	2000	12.8%
1960	9.2	2010	13.4
1970	9.8	2020	16.3
1980	11.3	2030	20.1
1990	12.5		

Fuente: U.S. Census Bureau, 1997.

hombres y mujeres de algunos países (las áreas sombreadas representan porcentajes en la fuerza laboral asalariada). Advierta en particular que son más las personas de 65 años o más que habitan en naciones industrializadas como Estados Unidos.

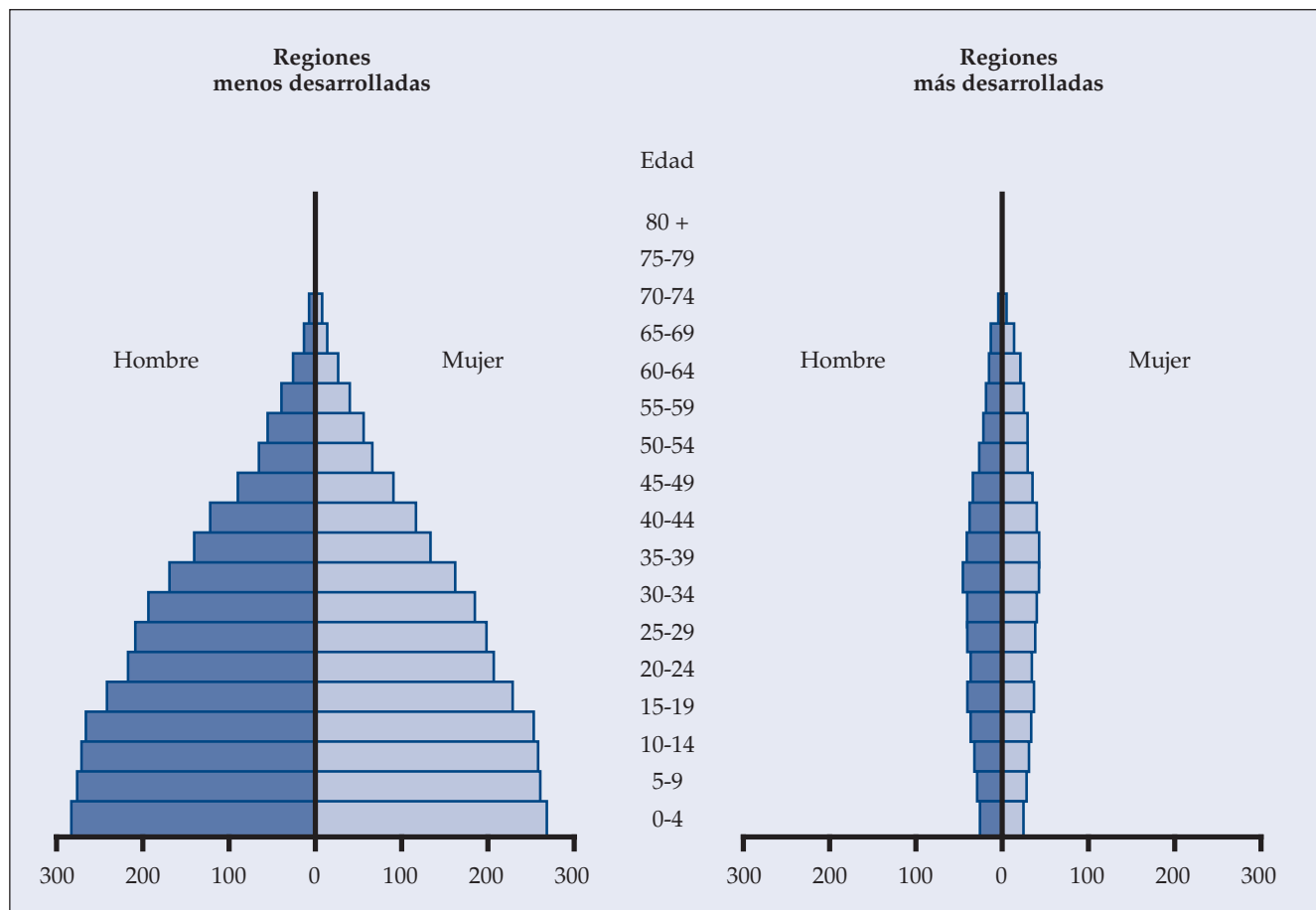
Cuatro décadas de senectud

En nuestros días se prevé que las personas de 60 años en promedio vivan otros 21 años; las que actualmente tienen 75 pueden vivir un promedio de 11 años más (National Center for Health Statistics, 1995). Por tanto, la vejez se ha vuelto parte importante del ciclo vital. Sin embargo, los ancianos no constituyen un grupo homogéneo. Una persona de 65 años que trabaje o que recientemente se haya jubilado quizá cuide a un progenitor muy débil de 85 a 90 años. Estas personas corresponden a dos generaciones; es evidente que pertenecen a cohortes distintas respecto de los acontecimientos históricos. Los avances médicos, lo mismo que los factores culturales, influyen en la vida que llevan los longevos. En la actualidad muchos individuos de 70 años realizan cosas que hace 30 años llevaban a cabo los de entre 50 y 60 años (Neugarten, 1987).

Figura 16-1

Distribución de la población del mundo por edad. Estructura de la población por edad y género, 2005. En millones

Fuente: Naciones Unidas, World Population Prospects: Revisión de 2004, 2005.



Irene Burnside y sus colegas (1979) analizaron la senectud a partir de cuatro décadas. A continuación ofrecemos un breve resumen de las principales características de cada una.

Sexagenarios: de 60 a 69 años de edad Esta década marca una importante transición: comenzamos a adaptarnos a una nueva estructura de roles (Havighurst, 1972). El ingreso disminuye por la jubilación o la disminución de las horas de trabajo —tanto voluntarias como por otros motivos— y mueren algunos amigos y colegas. La sociedad disminuye sus expectativas, pues exige menos dinamismo, independencia y creatividad. Burnside lamenta que esto suceda, pues considera que se desmoraliza a los ancianos, sobre todo a quienes se mantienen sanos y fuertes. Muchos aceptan estas expectativas y responden reduciendo el ritmo de su vida, creando así una profecía que se autorrealiza.

La fortaleza física decrece un poco y esto plantea problemas a los trabajadores de la industria que siguen activos. Con todo, muchos poseen mucha energía y buscan otras actividades distintas. Muchos recién jubilados son personas sanas, resistentes y con un elevado grado de escolaridad. Pueden dedicar su tiempo libre a su superación o a actividades comunitarias o políticas. A algunos les encanta la actividad atlética regular y disfrutan el sexo. Otros están decididos a seguir dando, produciendo y asesorando. Se convierten en ejecutivos voluntarios de pequeñas empresas, en visitantes de hospitales o en abuelos adoptivos.

La jubilación varía mucho en este grupo de edad. La mayoría se retira hacia los 65 años, otros a los 55 y algunos más a los 75. La decisión que se adopte en una década dependerá de cuestiones como la salud, el nivel de energía y el tipo de trabajo (como mencionamos antes en el capítulo, los que realizan trabajos



Durante su tiempo libre muchos recién jubilados participan en actividades comunitarias o políticas.

físicos duros se ven obligados a retirarse mucho antes que los profesionistas). Depende también de factores interpersonales como la salud del cónyuge y la reubicación de los amigos, lo mismo que de factores “ambientales” como las finanzas familiares (Quinn y Burkhauser, 1990). Mientras que un anciano de 68 años con pocos ahorros posiblemente se vea obligado a seguir trabajando para pagar los gastos ordinarios, otro tal vez se jubile con la comodidad de una pensión y de los ahorros invertidos y complementados con los beneficios del seguro social.

Septuagenarios: 70 a 79 años de edad En la séptima década ocurre un cambio más importante que en las dos décadas anteriores. Según Burnside, la más importante tarea del desarrollo es mantener íntegra la personalidad que se consiguió en la década anterior. Muchos *septuagenarios* sufren pérdidas y enfermedades. Mueren más amigos y parientes. Además de la reducción de su mundo social, deben adaptarse a una menor participación en las organizaciones formales. A menudo muestran inquietud e irritabilidad. Los problemas de salud suelen agravarse en esta década. Disminuye la actividad sexual de hombres y mujeres, muchas veces por la pérdida de la pareja. A pesar de todo, muchos septuagenarios logran evitar los efectos más serios de las discapacidades que a menudo acompañan a la senectud. Con frecuencia sobreviven los que sufrieron ataques cardíacos, apoplejías o cáncer —la mayoría sin consecuencias graves— gracias a los avances de la atención médica y a estilos de vida más sanos (vea la figura 16-2). (Advierta que esta cifra se limita a patrones de discapacidad de las mujeres, porque superan con mucho a los varones en las últimas décadas de vida.)

Octogenario: de 80 a 89 años de edad Sin duda la edad es uno de los indicadores de la transición de la etapa del “anciano joven” a la del “anciano viejo”, pero no es el único. La senectud del octogenario ha sido descrita acertadamente

La mayoría de las personas de más de 70 años mantiene su independencia y vive en su propia casa.



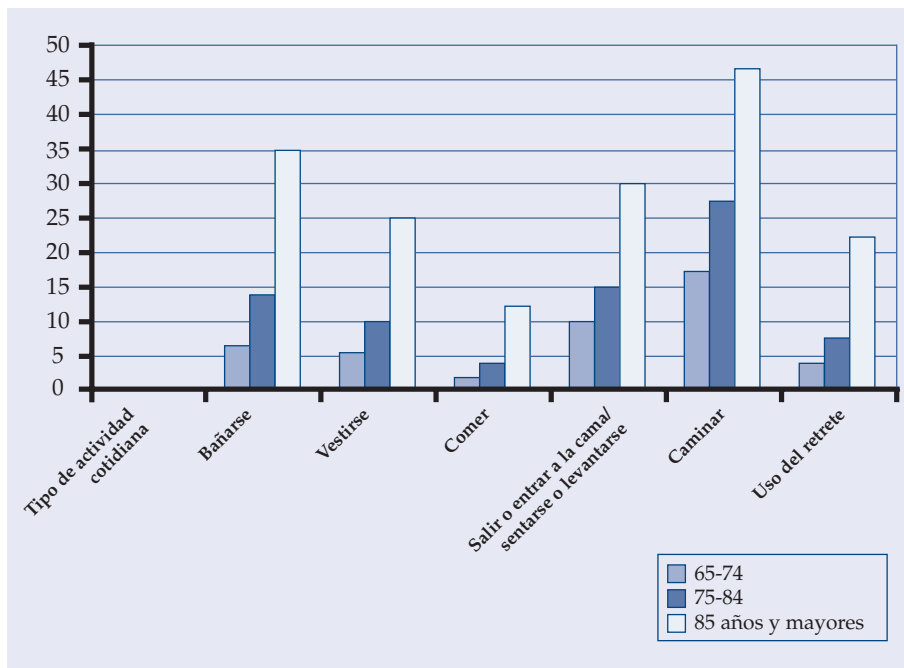


Figura 16-2

Porcentaje de personas con limitaciones para realizar sus actividades cotidianas según el grupo de edad: 2005.

Fuente: Department of health & Human Services, U.S. Administration on Aging, 2007.

como un “proceso gradual que inicia el día en que comenzamos a vivir de los recuerdos (Burnside y otros, 1979).

A la mayoría de los octogenarios les resulta más difícil adaptarse e interactuar con el ambiente. Muchos necesitan un ambiente moderno, sin barreras, que ofrezca privacidad y estimulación. Requieren ayuda para mantener los contactos sociales y culturales.

En general, las personas de 85 años son débiles. Pero su debilidad no significa necesariamente discapacidad ni dependencia total. Aunque en el año anterior 25 por ciento de las personas de este grupo de edad fueron hospitalizadas durante algún tiempo, sólo 10 por ciento presenta una discapacidad seria. La mayoría vive en su propia casa, incluso 30 por ciento de los que viven solos. Sólo 25 por ciento se encuentra en asilos o en otras instituciones (Longino, 1987, 1988). Con todo, cuidar a los ancianos débiles se ha venido convirtiendo en un problema internacional, como se comenta en el recuadro “Estudio de la diversidad”, página 552. En el capítulo 17 analizaremos más a fondo la política social y a este grupo de ancianos.

Las personas mayores de 85 años constituyen el segmento demográfico de más rápido crecimiento. En 1980 había 2.3 millones de personas en este grupo de edad; en cambio, se estima que la cifra aumentó a cinco millones en el año 2000. Y en el año 2040, cuando los *baby boomers* rebasen esa edad, se prevé que el grupo alcanzará entre ocho y 13 millones (Longino, 1988; U.S. Census Bureau, 1995).

Nonagenarios: de 90 años en adelante Aunque los problemas de salud se vuelven más graves, los nonagenarios pueden modificar exitosamente sus actividades para aprovechar al máximo sus capacidades. Una psiquiatra de 90 años recomienda crear nuevas áreas de actividad y eliminar el elemento competitivo de años anteriores. Resalta las ventajas de la senectud, entre éstas la ausencia de presiones y de responsabilidades (Burnside y otros, 1979). Los cambios que moldean la vida del nonagenario ocurren en forma gradual y en

ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD

CUIDADO DE LOS ANCIANOS DÉBILES

En todo el mundo, los longevos, los miembros de su familia y los planificadores de la política pública desean saber cuál es la mejor manera de cuidar a las personas más débiles y ancianas de la población. Por ser el centro de la política, en la última década el cuidado de los ancianos ha sufrido cambios drásticos de enfoque y de instrumentación en países como Gran Bretaña, Suecia, Dinamarca, Países Bajos y Australia. El propósito del cambio de estas políticas es reducir los costos a los contribuyentes y hacer del cuidado algo más eficaz y adecuado.

La presión de los usuarios de tales servicios —este sector de la población— es muy intensa en países que cuentan con grupos organizados. Por ejemplo, en Suecia 30 por ciento de los ancianos está afiliado a asociaciones de pensionados que hacen sentir la voz de sus miembros a nivel nacional y municipal. Incluso en naciones con menos grupos organizados, los funcionarios gubernamentales han captado el mensaje de que deben escuchar lo que quieren los ancianos y sus familias y adaptar los programas actuales para atenderlos. En general, luego de escuchar la opinión de estos grupos, los planificadores han adoptado tres objetivos que empiezan a cambiar la naturaleza de la atención a los longevos.

El primer objetivo consiste en hacer lo posible por mantener a los ancianos integrados a la sociedad, al mismo tiempo que se procura mejorar su calidad de vida y la atención que reciben. Para ello hay que mejorar la atención que se ofrece en los hospitales y en otras instituciones. También es necesario hacer menos restrictivos los servicios residenciales actuales y, en lo posible, trasladar a los ancianos a su casa y a centros de atención diurna. Bledwyn Davies (1993), quien ha analizado las políticas de varias naciones, comenta así esta tendencia:

Al parecer, en todo el mundo, los autores oficiales de los documentos de políticas tratan de expresar los mismos sentimientos, a veces casi con las mismas palabras. La versión inglesa es representativa: uno de los tres objetivos centrales de la nueva política general es “permitir que las personas vivan, en la medida de lo posible, en su hogar o en un ambiente familiar dentro de la comunidad local” (Cm. 849, 1989; Davies, 1993).

El objetivo de atender a los ancianos en su casa supone una segunda meta: reconocer las cargas y los diferentes tipos de estrés de los cuidadores y diseñar programas que eviten su colapso. Las declaraciones de política hechas en Gran Bretaña buscan ante todo ofrecer apoyo práctico a los cuidadores. La

legislación de Suecia establece que los gobiernos municipales deben escuchar lo que dicen y respaldarlos en sus esfuerzos. Desde 1989, parte de ese apoyo se traduce en un permiso pagado de 30 días, reembolsable mediante políticas de seguro por enfermedad. Tanto Gran Bretaña como Australia han elevado a la categoría de interés nacional la necesidad de dar a los cuidadores un largo descanso.

Naturalmente objetivos tan ambiciosos significan impuestos más elevados para los contribuyentes. El tercer objetivo de las políticas consiste en reducir y mejorar la eficacia de los programas de atención a los ancianos. Así, en los Países Bajos a una comisión para el financiamiento a la atención médica se le asignó la tarea de proponer “estrategias de contención de volumen y costo frente al trasfondo de una población que envejece” (Dekker y otros, 1987). Por su parte, la Estrategia de Reforma para el Cuidado de los Ancianos en Australia tiene por objeto utilizar los fondos públicos de modo eficaz y equitativo.

En la mayor parte de los países, atender las necesidades cambiantes de los ancianos débiles y de sus cuidadores exige grandes modificaciones a las premisas, conductas y prácticas de la sociedad. Satisfacer estas necesidades exige, asimismo, superar la resistencia del público a asignar los recursos al cuidado de los ancianos a costa de otros programas sociales.

un periodo largo. Si las crisis anteriores se resolvieron de manera satisfactoria, será una década alegre, serena y gratificante. Cabe mencionar además que quienes llegan a esta edad son a menudo personas más sanas, más ágiles y activas que las que tienen 20 años menos (Perls, 1995), lo cual se debe a que han sobrevivido a las enfermedades y otros problemas que causan la muerte entre los sexagenarios y septuagenarios.

Reiterémoslo: “los ancianos” no forman un grupo cohesivo, sino un conjunto de subgrupos que abarcan desde el individuo activo de 65 años hasta el nonagenario más débil. Cada grupo tiene sus capacidades y problemas especiales. En cierto modo, muchos comparten las dificultades propias de su edad: disminución del ingreso, enfermedades y pérdida de seres queridos. Pero *tener* un problema no es lo mismo que *ser* un problema. La idea generalizada de que las personas mayores de 65 años son indigentes, improductivas y desdichadas está fuera de toda verdad.

Diagrama de estudio • Cuatro décadas de senectud

Sexagenarios (de 60 a 69 años de edad): en muchos de ellos comienza a desaparecer la fuerza física y, sin embargo, algunos se conservan fuertes, sanos y resistentes. Según su carrera o profesión algunos se jubilan a esta edad y otros no.

Septuagenarios (de 70 a 79 años de edad): aumentan los problemas de salud y se observa una notable reducción de la actividad sexual. Una de las principales tareas de la vida consiste en conservar la integridad de la personalidad frente al deterioro de las capacidades sensoriales y ante el aumento de las probabilidades de discapacidad.

Octogenarios (de 80 a 89 años de edad): a la mayoría de las personas les es más difícil llevar una vida normal y comienzan a debilitarse y a necesitar algún tipo de cuidado. Las personas mayores de 85 años son en la actualidad el segmento de la población que crece más rápidamente.

Nonagenarios (de 90 años en adelante): los problemas psicológicos y de salud son más graves para muchas personas de 90 o más años de edad, aunque algunos son más sanos y activos que otros ancianos más jóvenes. Esto ocurre sobre todo en quienes logran sobrevivir a enfermedades y dolencias que llevan a algunos a la muerte o al debilitamiento entre los 70 y los 80 años.

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Qué ideas positivas y negativas del envejecimiento tiene el Mundo Occidental? Distinga entre estereotipos y realidad.
2. ¿En qué difieren las actitudes hacia los ancianos en otras culturas?
3. ¿Por qué se falsea la imagen de los ancianos al agruparlos en una categoría general?

Aspectos físicos del envejecimiento

Los aspectos físicos del envejecimiento rigen muchos de los cambios y de las limitaciones propias de esta etapa de la vida. El envejecimiento es un fenómeno universal. Ocurre antes en algunas personas y después en otras, pero es inevitable. Todos los sistemas del organismo envejecen incluso en condiciones genéticas y ambientales óptimas, aunque no con la misma rapidez. En casi todos los sistemas corporales estos procesos comienzan en la juventud y en la madurez. Muchos de los efectos no se perciben, sino hasta los últimos años de la adultez, porque el envejecimiento es gradual y los sistemas físicos poseen una gran capacidad de reserva. Pocas veces se perciben interrupciones en la vida diaria o se sufren problemas graves de salud antes de los 75 a 80 años. En lo que se refiere a la esperanza de vida, la figura 16-3 muestra que los negros y los blancos viven menos tiempo que las mujeres, y que las mujeres de raza blanca tienen la mayor esperanza de vida.

El deterioro sensorial y sistemático que examinaremos a continuación suele acompañar al envejecimiento, pero no todas las personas lo manifiestan. Los estudios han revelado que quienes se mantienen en buenas condiciones físicas y activos muestran el mismo desempeño que otras personas más jóvenes que no están en buenas condiciones (Birren y otros, 1980). Además, no podemos decir que la única explicación del envejecimiento físico sea el deterioro biológico normal. Muchos se quedan total o parcialmente sordos por las experiencias de su vida; por ejemplo, disparar cohetes cerca del oído o asistir frecuentemente a conciertos de música ruidosa. En general, las deficiencias sensoriales y los defectos de los órganos internos inician el proceso de deterioro. Los fumadores

Figura 16-3

Esperanza de vida por sexo y raza:
1994-2004

Fuente: U.S. Bureau of Census, 2008.

Año	Blancos		Negros	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1994	73.3	79.6	64.9	73.9
1996	73.9	79.7	66.1	74.2
1998	74.5	80.0	67.6	74.8
2000	74.9	80.1	68.3	75.2
2002	75.1	80.3	68.8	75.6
2004	75.7	80.8	69.5	76.3

habituales a veces presentan problemas respiratorios en la senectud. Una anciana con problemas de espalda tal vez haya sufrido un desgarramiento cuando sostenía en brazos a sus hijos. Un varón de 65 años afectado de cardiopatía pudo haber mostrado los primeros síntomas durante una breve enfermedad a los 40 años. Así pues, no todos los cambios que acompañan a la edad forman parte del proceso de envejecimiento. A este proceso contribuyen el tipo de vida que hayamos llevado, los accidentes y enfermedades que hayamos tenido, condiciones todas estas conocidas como **factores patológicos del envejecimiento** (Elias, 1987). En opinión de algunos expertos, los efectos acumulados de enfermedades y accidentes están tan estrechamente ligados a la vida que es imposible distinguirlos de los aspectos normales del envejecimiento (Kohn, 1985).

Comenzaremos por estudiar en esta sección algunos de los cambios físicos más comunes atribuibles al envejecimiento. Después describiremos ciertas enfermedades y hábitos de la personalidad que contribuyen al deterioro físico.

El cuerpo cambiante

El cuerpo cambia en muchas formas durante los últimos años de la adultez. En concreto, se producen modificaciones en el aspecto físico, en los sentidos, en los músculos, en los huesos, en la movilidad y en los órganos internos. También cambian los ciclos diarios, aunque no siempre por el envejecimiento como se comenta en el recuadro “Teorías y hechos” de la página siguiente.

Aspecto físico Al vernos en el espejo nos damos cuenta del proceso de envejecimiento. Las canas, la piel vieja, el cambio de postura y las arrugas profundas son señales más que evidentes. La piel se reseca, se vuelve más delgada y pierde elasticidad. En épocas anteriores las arrugas se debían al uso de ciertos músculos, por ejemplo las “líneas de la expresión”. En la senectud, las arrugas se deben en parte a la pérdida de tejido adiposo subcutáneo y, en parte, a la reducción de la elasticidad de la piel. Ésta puede presentar una apariencia de papel suave y arrugado o de pergamino fino (Rossman, 1977). Aumentan los lunares en el tronco, en el rostro y en el cráneo. Los capilares pequeños a veces se rompen y producen tenues marcas negras y azules. A veces aparecen manchas; son áreas de pigmentación que se conocen comúnmente como “manchas hepáticas”, aunque nada tienen que ver con el funcionamiento de este órgano.

Algunos cambios de aspecto físico provienen del envejecimiento normal que todos experimentamos, aunque pueden modificarlos factores genéticos. Los gemelos idénticos, por ejemplo, muestran patrones muy similares. Pero para muchos los cambios de la piel están estrechamente relacionados con la exposición al viento, con el clima, con las excoiraciones y, en especial, con los rayos ultravioletas. El sol disminuye la capacidad de la piel para renovarse; un

factores patológicos del envejecimiento
Efectos acumulados de enfermedades
y accidentes que pueden acelerar
el envejecimiento.

TEORÍAS Y HECHOS

PATRONES DE SUEÑO DE LOS ANCIANOS

¿Es normal el insomnio en la senectud como lo son las canas y las arrugas? Los cambios en los patrones de sueño lo son, no así el insomnio. La mitad de las personas mayores de 65 años que vive en casa y cerca de dos terceras partes de las que habitan en instituciones de cuidados prolongados sufren problemas de insomnio; pero éstos no son parte inevitable del envejecimiento (Becker y Jamieson, 1992). Pueden estar ligados a un trastorno primario del sueño, a una enfermedad e incluso a los medicamentos. A los ancianos con insomnio se les puede ayudar a resolver su problema.

Este tipo de problemas deben verse primero en el contexto de los cambios normales del sueño. De acuerdo con los investigadores, los siguientes patrones caracterizan a los individuos de 60 a 80 años de edad (Bachman, 1992; Becker y Jamieson, 1992):

- Los ancianos promedian entre seis y seis y media horas de sueño por noche, aunque muchos se quedan en cama hasta ocho horas.
- Muchos ancianos duermen más que los adultos jóvenes, pero el promedio fluctúa entre cinco y más de nueve horas. Muchos ancianos tienen dificultades para conciliar el sueño y se mueven en la cama hasta 30 minutos antes de quedarse dormidos.
- Después de dormirse, despiertan con mucho mayor facilidad que los jóvenes. Se juzga normal que pasen despiertos hasta 20 por ciento del tiempo de dormir y que compensen la falta de sueño quedándose más tiempo en cama.
- Un cambio en la distribución de las etapas de sueño aumenta el sueño de la etapa 1 (sueño ligero) y disminuye el de las etapas 3 y 4 (sueño profundo). Por tanto, cuando se concilia el sueño, en general no es un sueño profundo ni satisfactorio.

Los *trastornos de ajuste del sueño* le ocurren aproximadamente a una tercera parte de los ancianos, muchos de los cuales nunca tuvieron problemas. En estos casos, el insomnio se relaciona con diferentes tipos de estrés recientes en su vida: una hospitalización reciente, la jubilación o la muerte del cónyuge o de un amigo íntimo. La



Los cambios en los patrones del sueño son normales en los ancianos, pero no los problemas de insomnio.

reacción consiste en la imposibilidad de conciliar el sueño o en permanecer despierto durante largos periodos. Privados del sueño, de día se ven irritables, ansiosos y letárgicos y de noche preocupados por su insomnio, de manera que les es más difícil dormir. El trastorno de ajuste del sueño generalmente desaparece con el tiempo, a medida que el individuo aprende a afrontar el estrés que lo causa.

La *higiene inadecuada del sueño* —hábitos y conductas relacionados con el sueño que son incompatibles con dormir— es otra causa de insomnio. Por ejemplo, los que ingieren bebidas con cafeína antes de acostarse, trabajan hasta tarde o que observan el reloj sentirán una activación intensa que no les permite conciliar el sueño. El problema se agrava cuando se retiran a dormir a horas irregulares. Muchos ancianos que sufren estos problemas se preocupan porque no pueden dormir. Tratan de tomar una siesta durante el día o de beber café para permanecer despiertos, lo cual no hace más que empeorar el insomnio. Los problemas relacionados con una higiene inadecuada del sueño pueden remediarse mediante la modificación de la conducta. Por ejemplo, se les alienta para que mantengan horarios regulares de sueño y se abstengan de ingerir cafeína.

El *insomnio psicofisiológico* a veces está ligado a los trastornos de ajuste y a una higiene inadecuada del sueño. Los que lo sufren asocian la hora de acostarse y la recámara con la activación mental y física, así como con niveles

elevados de frustración. Esto lo explican así los psiquiatras Philip Becker y Andrew Jamieson, quienes se especializan en trastornos del sueño:

Estos trastornos del sueño continúan debido a una activación condicionada y aprendida, aun después de que se restablecen la rutina y los hábitos normales del sueño. Luego de jubilarse, una de nuestras pacientes de mayor edad se acostaba en la cama para planear sus inversiones. Al cabo de 12 meses, logró invertir con éxito su dinero, pero no podía dormirse antes de la una de la mañana. Sin embargo, con gran sorpresa descubrió que podía dormirse rápidamente en un cuarto de motel. Sin darse cuenta, había asociado su cama y la hora de dormir con pensar y resolver problemas en lugar de relacionarlas con un inicio rápido del sueño (Becker y Jamieson, 1992, páginas 48-49).

Las terapias conductuales que subrayan la importancia de una higiene adecuada del sueño se emplean a menudo para tratar el insomnio psicofisiológico.

En los ancianos el insomnio a veces está vinculado a varios trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad graves. En tales casos, los medicamentos apropiados pueden aliviar los síntomas. El insomnio también se acompaña de síntomas de problemas médicos. Así, el dolor de la artritis a veces interrumpe el sueño. Además, los medicamentos con que se tratan las enfermedades pueden ocasionar el efecto indeseable de alterar el sueño.

Por último, los trastornos del sueño se relacionan también con la apnea y con movimientos periódicos de las extremidades. La *apnea del sueño* interrumpe la respiración por un mínimo de 10 segundos y ocurre por lo menos cinco veces por hora. Los que la padecen se ven atormentados por ronquidos fuertes, sueño inquieto, somnolencia en el día y depresión. Los *movimientos periódicos de las extremidades* son espasmos repetidos de las piernas que despiertan al individuo. El tratamiento médico beneficia a quienes los sufren.

En resumen, aunque algunos problemas graves del sueño no son parte inevitable del envejecimiento, ocurren con frecuencia en esta etapa de la vida y deben considerarse como problemas que pueden tratarse exitosamente.



Los ancianos generalmente sufren algún deterioro sensorial, pero pueden variar el patrón y el grado de la pérdida.

“bronceado sano” produce una piel delgada y arrugada en algunos y cáncer de la piel en otros. Podemos evitar algunos de estos signos del envejecimiento de la piel si comemos bien, si nos conservamos saludables y si protegemos la piel contra una exposición prolongada a los rayos solares, ya sea evitando la exposición o usando lociones bloqueadoras.

Los sentidos Los sentidos —oído, vista, gusto y olfato— por lo general pierden eficiencia con la edad. Muchos ancianos encuentran más difícil percibir y procesar un estímulo a través del sistema sensorial (Hoyer y Plude, 1980). Pero aunque el deterioro de los sentidos que vamos a describir es común entre los ancianos, no los afecta a todos. Una vez más, se observa una gran variación en el proceso global de envejecimiento.

Las deficiencias auditivas son muy frecuentes. De hecho, afectan la vida diaria de una tercera parte de este grupo de edad (Fozard, 1990). Suelen ir de ligeras a moderadas y a menudo se relacionan con la identificación de voces en medio de un ruido de fondo (Olsho y otros, 1985). Además, se pierde agudeza auditiva en los tonos de alta frecuencia, es decir, los que ocurren en los sonidos del habla como *s*, *ch* y *f*. Si bien algunas veces los audífonos atenúan estos problemas, a menudo causan frustración. La mayor parte de los audífonos amplifican las frecuencias del sonido, entre éstas el ruido de fondo, por eso no ayudan mucho a distinguir los detalles de lo que se dice. Con o sin audífonos, los ancianos con pérdida auditiva parecen ser desatentos o sentirse avergonzados cuando de hecho no oyen lo que se les dice. Otros se aíslan o se muestran suspicaces de lo que no pueden escuchar.

Hay varias clases de deficiencias visuales que se observan en los ancianos. El enfoque de objetos y la percepción de profundidad decrecen a medida que el cristalino pierde flexibilidad y la capacidad de acomodarse. Otro problema relacionado con el envejecimiento es que el cristalino puede opacarse y finalmente sufrir **cataratas** —bloqueo casi completo de la luz y de la sensación visual. Otro problema es el **glaucoma** —aumento de la presión en el globo ocular que puede causar daño y pérdida gradual de la vista. Por fortuna, casi siempre es posible eliminar las cataratas mediante cirugía de rayos láser y el glaucoma puede tratarse con medicamentos. También se remedian con cierta facilidad otros problemas más sutiles como la disminución de la flexibilidad del cristalino (Kline y Schieber, 1985).

Los ancianos a menudo pierden parte de la *agudeza visual*, es decir, de la capacidad para distinguir los detalles finos. Les cuesta mucho percibirlos cuando deben leer nombres o cifras en el buzón, distinguir una escalera de un patrón confuso de alfombra o leer un periódico (Perlmutter, 1978). Esto se debe en parte a la rigidez del cristalino y en parte a la pérdida de células visuales “receptoras” en el fondo del ojo. La agudeza visual puede mejorar con el uso de lentes correctivas, incluidas las bifocales y las trifocales (Kline y Schieber, 1985). En la actualidad los procedimientos quirúrgicos con que se mejora la agudeza visual todavía se hallan en fase experimental.

Desde el punto de vista perceptual, a muchos ancianos les resulta difícil ignorar estímulos irrelevantes. Por ejemplo, les cuesta más distinguir una señal de tráfico entre una serie compacta de señales. La *redundancia* por repetición de señales convencionales que transmiten las mismas instrucciones les ayudan a entender los signos visuales (Allen y otros, 1992). Sin embargo, tarde o temprano llega el momento en que deben dejar de conducir por la disminución de la agudeza visual (o del tiempo de reacción), transición nada fácil en zonas en donde no hay otros medios de transporte.

En cambio, el sentido del gusto manifiesta gran estabilidad incluso en una edad relativamente avanzada. La capacidad para saborear el azúcar es de las más persistentes (Bartoshuk y Weiffenbach, 1990). Pero parece disminuir la capacidad

catarata Opacamiento del cristalino que obstruye la visión.

glaucoma Aumento potencialmente nocivo de la presión en el interior del globo ocular.

de detectar y distinguir los sabores amargos (Spitzer, 1988). A los que sufren complicaciones como la **hipertensión** (presión sanguínea elevada) les es más difícil distinguir los sabores. Los medicamentos que toman los ancianos pueden ser otro factor, aunque Mary Spitzer (1988) supone que también intervienen umbrales sensoriales más altos. En lo que respecta a la sal, se necesita mayor cantidad para poder gustarla. Pero si se aumenta el consumo, la hipertensión puede empeorar.

Los ancianos tienen dificultades para distinguir los sabores de alimentos combinados. El problema parece deberse más a un deterioro del olfato que a la disminución de la sensibilidad del gusto (Bartoshuk y Weiffenbach, 1990). El olfato presenta a menudo un gran deterioro en comparación con el gusto.

Músculos, huesos y movilidad Con los años disminuye el peso muscular y, por tanto, también la fuerza y la resistencia. Se alteran la estructura y la composición de las células musculares; el peso puede ser menor al de la juventud y la madurez, debido a la pérdida de tejido muscular, salvo que se compense con un aumento de grasa tisular.

El funcionamiento muscular se ve afectado por la estructura y la composición cambiantes del esqueleto. Los ancianos suelen medir tres centímetros menos de lo que medían en la juventud debido a la compresión del cartílago de la espina dorsal (efecto a largo plazo atribuible a la fuerza de gravedad), a los cambios de postura y a la pérdida de calcio (Whitbourne, 1985). Los huesos se vuelven más débiles, porosos y frágiles. La porosidad los hace más propensos a fracturas y tardan más en soldarse (vea el capítulo 14). Los ancianos son especialmente vulnerables a las fracturas (Belsky, 1984). Y para empeorar las cosas, la tendencia a caerse aumenta por los cambios en el *sistema vestibular* que regula el equilibrio (Ochs y otros, 1985). La sensibilidad de los receptores vestibulares, que detectan el movimiento y los cambios de posición, decrece en forma considerable en la senectud.

Casi siempre disminuyen la reacción y el funcionamiento musculares; los músculos tardan más tiempo en alcanzar un estado de relajación y de preparación tras haber sido sometidos a un gran esfuerzo (Gutmann, 1977). Funcionan con menor eficiencia si el sistema cardiovascular no les suministra suficientes nutrientes o si no eliminan los desechos tóxicos, problemas que pueden deberse al envejecimiento y a malos hábitos de salud en años anteriores. Los vasos sanguíneos pierden elasticidad; algunos se obturan, de ahí que llegue menos sangre a los músculos. Al disminuir el funcionamiento de los pulmones, se reduce el aporte de oxígeno a los músculos y al cerebro. En consecuencia, decrecen la coordinación motora fina y el tiempo de reacción (Botwinick, 1984; Shock, 1952b).

Diversos estudios han demostrado que el ejercicio intenso —dentro de los límites apropiados a la edad— ayuda a contrarrestar la debilidad muscular y la consecuente fragilidad física en las personas muy ancianas. Por ejemplo, en un estudio realizado con 37 varones cuya edad promedio era de 87 años, el ejercicio regular aumentó la fuerza muscular en más de 113 por ciento (Fiatarone y otros, 1994). En forma parecida, en un estudio realizado durante tres años por el Instituto Nacional para el Estudio del Envejecimiento (National Institute of Aging) y por el Centro Nacional de Investigación en Enfermería (National Center for Nursing Research) se explicó cómo pueden beneficiar a octogenarios y nonagenarios los ejercicios de fuerza y de equilibrio. Los que practicaron ejercicios de desarrollo muscular pudieron duplicar y hasta triplicar su fuerza y, por primera vez en muchos años, realizar sin ayuda actividades que exigen fuerza (Krucoff, 1994).

Órganos internos El corazón es un músculo muy especializado que, durante el envejecimiento, sufre algunos de los mismos problemas que afectan a otros. Se basa en la eficiencia del sistema cardiovascular, que puede presentar muchos de los problemas asociados con el envejecimiento. El resultado es una reducción

hipertensión Presión arterial anormalmente alta, acompañada en ocasiones de cefaleas y de mareos.

del flujo de la sangre que llega al corazón y que sale de éste, así como un mayor tiempo de recuperación después de cada contracción (Timiras, 1978).

En la senectud, a menudo decrece la capacidad de los pulmones para captar oxígeno. Desde luego, gran parte de la deficiencia pulmonar puede deberse no tanto al proceso normal de envejecimiento, sino al daño prolongado causado por el tabaquismo y la contaminación ambiental.

Con los años también aminora la capacidad de reserva del corazón, de los pulmones y de otros órganos. En la juventud el funcionamiento de estos órganos puede superar, en condiciones de estrés, su nivel normal entre cuatro y 10 veces. La capacidad de reserva disminuye de manera lenta, pero constante en la madurez y en los años subsecuentes. Quizá los ancianos no se den cuenta de ello en su vida ordinaria, pero lo advierten cuando, por ejemplo, tratan de quitar la nieve con una pala, después de la primera tormenta de la estación. La reducción puede ser considerable bajo un calor o frío intensos. Muchos ancianos se adaptan con mayor lentitud a ambientes fríos que cuando eran jóvenes; se enfrían con mayor rapidez y la baja temperatura corporal representa un serio riesgo para su salud. Por eso, los ancianos se quejan de tener frío y lo tienen aun a temperaturas que los jóvenes consideran normales o cálidas. Tienen dificultad para soportar el calor, sobre todo cuando se fatigan, como sucede cuando cortan el pasto en un caluroso día de verano. No obstante, pueden realizar muchas de las actividades que hacían de jóvenes, siempre que las efectúen con más lentitud, descansen con frecuencia y consuman más líquidos como agua y productos que reponen nutrientes como "las bebidas energizantes".

El sistema inmunológico también se altera en la vejez; la producción de anticuerpos alcanza su nivel máximo durante la adolescencia y luego comienza a decrecer. El resultado es que los ancianos tienen menos protección contra los microorganismos y las enfermedades (La Rue y Jarvik, 1982). La reducción de la protección explica, entre otras cosas, por qué se les recomiendan las vacunas anuales contra la gripe (aunque también se recomiendan a personas no tan viejas). La influenza puede ser mortal para los viejos, no sólo por su virulencia, sino porque los hace vulnerables a infecciones bacterianas secundarias como la neumonía.

Salud, enfermedad y alimentación

En general, los ancianos dicen tener buena o excelente salud la mayor parte del tiempo. Tal vez deban adaptarse a la lenta aparición de la artritis o a los efectos secundarios de los medicamentos con que se controlan la hipertensión y otros trastornos; pero por lo regular se adaptan con facilidad. Las alteraciones de la salud que se presentan en los últimos años de la adultez encajan en tres categorías generales: pueden ser crónicas, pueden relacionarse con las necesidades cambiantes de la alimentación o pueden deberse al uso incorrecto de los medicamentos prescritos.

Problemas crónicos de salud Cuando surgen problemas de salud pueden ser crónicos, es decir, durar mucho tiempo y volverse recurrentes. Una diferencia notable entre la niñez y la senectud estriba en la frecuencia de las enfermedades agudas frente a las crónicas. En la niñez, las primeras son muy comunes, duran poco tiempo y alcanzan su clímax con fiebre y una crisis. En cambio, los ancianos sufren a menudo problemas crónicos, o sea padecimientos que ocurren de manera constante y nunca desaparecen. Los más comunes son artritis, cardiopatías e hipertensión, así como las deficiencias visuales y auditivas que ya mencionamos (Belsky, 1984). Las caídas también ocasionan efectos crónicos. En términos generales, este tipo de problemas afecta la vida de un número considerable de personas ancianas: en Estados Unidos 85 por ciento de las personas mayores de 65 años sufre por lo menos una enfermedad crónica y 50 por ciento informa de dos o más (Belsky, 1984).

En gran medida, el incremento de estos problemas de salud refleja la decreciente capacidad del organismo para enfrentar el estrés, incluida la tensión que genera la enfermedad. Un padecimiento que un joven supera sin dificultad —por ejemplo, una infección respiratoria— puede persistir por mucho tiempo en los ancianos y causarles daño permanente. Es irónico pero, al disminuir con los años la capacidad para afrontar el estrés, suele elevarse el número de acontecimientos estresantes (Timiras, 1978). Además de los problemas de salud, el estrés sobreviene a raíz de crisis del ciclo de vida como la jubilación y la viudez.

Los factores socioeconómicos, la raza y el sexo intervienen en la aparición de las enfermedades en la senectud. Así, en las personas mayores de 25 años los días de restricción de actividades por enfermedad guardan una correlación más estrecha con el nivel socioeconómico que con la edad (Kimmel, 1974). Hay datos similares sobre las principales causas de muerte. Casi todos los fallecimientos de personas mayores de 65 años son atribuibles a tres categorías: enfermedad cardiovascular, cáncer y apoplejía. Las tasas correspondientes a los hombres son más elevadas que las de las mujeres en todas las categorías de edad. El índice de enfermedades cardiovasculares entre los blancos es dos veces mayor que entre los asiáticos (National Center for Health Statistics, 1990).

Alimentación En parte, la mala salud de los longevos se debe a una dieta o alimentación deficientes. Por la reducción de la actividad física y del metabolismo no necesitan tanta comida como los adultos más jóvenes. De hecho, al llegar a los 65 años de edad necesitan por lo menos 20 por ciento menos calorías que ellos. Pero siguen necesitando casi la misma cantidad de nutrientes, de ahí que a veces los ancianos estadounidenses estén excedidos de peso y mal alimentados. Algunos sufren anemia y desnutrición porque son demasiado pobres, porque no están bien informados o se hallan demasiado deprimidos para comprar y consumir cantidades suficientes de alimentos nutritivos. Las deficiencias más comunes son las de hierro, calcio, vitaminas A y C (National Dairy Control, 1977).

Gran parte del problema radica en el consumo excesivo de grasas. Conforme el cuerpo envejece, va perdiendo la capacidad de aprovechar varias clases de grasa presentes en muchos alimentos. La que no se usa se deposita en células *lípidas* especiales y dentro de las paredes de las arterias. Allí puede endurecerse y formar placas que reducen el flujo de sangre. Esta alteración, llamada **aterosclerosis**, o sea endurecimiento de las arterias, causa muchos de los problemas cardíacos tan generalizados en la vejez. Es tan común en los ancianos de Estados Unidos y de Europa Occidental que casi se le considera parte normal del envejecimiento. Sin embargo, es poco frecuente en otras naciones que consumen dietas radicalmente distintas (Belsky, 1984).

Así, pues, con el paso de los años el organismo exige cambios en la dieta. Como ya señalamos en éste y en el capítulo 14, los huesos de los ancianos se vuelven frágiles y porosos. Van perdiendo más calcio del que pueden absorber de los alimentos. Para contrarrestar esta pérdida se les recomienda a ellos y a las personas de edad madura que complementen su dieta con calcio. El tono muscular de los intestinos disminuye con la edad, lo que a menudo ocasiona estreñimiento y la tentación de recurrir a laxantes que pueden crear hábito. Los nutriólogos les aconsejan a quienes sufren estreñimiento que agreguen a su dieta alimentos ricos en fibras como salvado y que tomen mucha agua para que el intestino siga funcionando de manera adecuada (National Dairy Council, 1977).

Uso incorrecto de los medicamentos prescritos El abuso intencional de sustancias no es un problema serio en este grupo de la población. De hecho, la “sustancia social” más popular es el alcohol y, en términos generales, los ancianos estadounidenses lo ingieren con más moderación que los integrantes de los grupos más jóvenes de edad (Snyder y Way, 1979). No obstante,



Los ancianos estadounidenses a veces están excedidos de peso y mal alimentados, pero conviene señalar que muchos están bien alimentados.

aterosclerosis Endurecimiento de las arterias, problema común del envejecimiento ocasionado por la creciente incapacidad del cuerpo para aprovechar el exceso de grasas de la dieta. Las grasas son almacenadas en las paredes de las arterias y restringen el flujo sanguíneo cuando se endurecen.

algunos investigadores están convencidos de que se hospitaliza a una tercera parte de los ancianos por ingestión excesiva, uso incorrecto o abuso de medicamentos (Poe y Holloway, 1980). ¿Por qué? Para muchos el problema tal vez se relacione con los cambios de la química corporal que disminuyen la necesidad de un medicamento de patente, situación que puede pasar inadvertida durante meses o hasta años. Además, a menudo toman combinaciones de medicamentos para varios problemas; y aquellos cuya capacidad cognoscitiva empieza a deteriorarse olvidan el horario y la dosis de cada medicamento. A veces no mencionan todos sus medicamentos a la enfermera o al médico. Por su parte, algunos médicos no recetan el fármaco indicado. Una investigación reciente (Spore y otros, 1977) reveló que, entre los ancianos que vivían en instituciones, entre 20 y 25 por ciento había recibido por lo menos una prescripción inapropiada.

Las interacciones entre medicamentos pueden tener efectos tóxicos. De hecho, se han registrado casos de octogenarios que son hospitalizados con numerosos síntomas y un nivel bajo de funcionamiento, lo cual puede indicar que están en peligro de muerte. Con todo, cuando ciertos medicamentos se administran en dosis pequeñas o se interrumpen por completo, algunos de los ancianos recobran un nivel de funcionamiento del que hacía años que no disfrutaban (Poe y Holloway, 1980).

Los efectos de los medicamentos pueden producir síntomas semejantes a los de la **demencia**. Los diversos tipos de demencia (entre los que se cuentan la asociada con la enfermedad de Alzheimer, que explicaremos más adelante en este capítulo) presentan deficiencias cognoscitivas comunes: disminución de la memoria y de la capacidad para aprender, deterioro del funcionamiento lingüístico y motor, incapacidad progresiva para reconocer a personas y objetos familiares, y confusión frecuente (DMS-IV, 1994). A la demencia suelen acompañarla cambios de personalidad. Los tranquilizantes como el Valium o el Librium y los medicamentos para males cardíacos, entre éstos el Digitalis, pueden ocasionar desorientación y confusión semejantes a la demencia (Rudd y Balaschke, 1982; Salzman, 1982). Otro factor que favorece el abuso involuntario de los medicamentos es que a los ancianos les resulta más difícil eliminarlos a través de sistemas orgánicos en deterioro progresivo como el hígado y los riñones, de manera que cantidades mayores de estos fármacos permanecen más tiempo en su sistema.

REPASE Y APLIQUE

1. Describa las modificaciones físicas que ocurren durante el proceso de envejecimiento. ¿Pasan todas las personas por esos cambios? Explique su respuesta.
2. Describa los problemas crónicos de salud que se observan en la senectud.
3. ¿Cómo contribuyen una alimentación inadecuada y el abuso de medicamentos de patente a la aparición de los problemas de salud en este sector de la población?

Causas del envejecimiento

Además de los efectos del estrés, de la enfermedad, de una mala alimentación y de otros factores, ¿cuáles son los procesos normales del envejecimiento?, ¿cuál es su fisiología?, ¿qué sucede con las células y los órganos?, ¿la ciencia médica o los controles ambientales pueden hacer más lento el proceso o detenerlo? Se han propuesto muchas posibles teorías, pero ninguna decisiva. Algunas resultan demasiado complejas para exponerlas aquí, por lo cual nos limitaremos a los temas centrales. Comenzaremos por examinar los factores hereditarios y ambientales; después, expondremos las teorías del envejecimiento.

demencia Confusión, olvido y cambios de personalidad que pueden asociarse con el envejecimiento y los cuales están ligados a varias causas primarias y secundarias.

Factores hereditarios y ambientales

En la naturaleza, observamos muchas clases de envejecimiento: las plantas florecen, producen semillas, mueren y se regeneran cada año conforme a un código genético preprogramado; los árboles crecen hasta que dejan de hacer llegar los nutrientes y líquidos a los puntos más elevados, un ciclo vital de muchos años que puede predecirse en función de la especie. En los mamíferos inferiores, el envejecimiento y la muerte suelen ocurrir casi al mismo tiempo que la pérdida de la fertilidad; los progenitores mueren en cuanto la generación más joven logra sobrevivir en el mundo. El hombre y otros primates (lo mismo que los elefantes) constituyen las pocas excepciones a esta regla. El ciclo de vida humana se alarga mucho más allá de la capacidad reproductiva, la cual finaliza hacia los 50 años de edad para la mujer y después para el varón (Kimmel, 1974).

Las investigaciones efectuadas en varias especies revelan sin lugar a dudas que el ciclo de vida que caracteriza a cada planta o animal presenta un componente hereditario. En el ser humano, la influencia genética es particularmente notable en los estudios de gemelos idénticos. Con la misma rapidez pierden el cabello, acumulan arrugas y se encogen a pesar de una larga separación que los expone a influencias ambientales muy diversas. Los que mueren por causa natural a menudo fallecen al mismo tiempo. En cambio, los gemelos fraternos envejecen a ritmo distinto y su ciclo vital es por completo diferente (Kallman y Sander, 1949). Sin embargo, para que los componentes hereditarios del envejecimiento y de las enfermedades se expresen con plenitud, es preciso mantener constantes los otros factores: estrés, accidentes y enfermedades. Dada la imposibilidad de conseguirlo, debemos tener en cuenta otros procesos, tanto internos como externos, que determinan en qué medida se realizará el potencial genético y si podemos ampliarlo.

Además de los factores antes expuestos, existen otros factores externos de carácter reversible o permanente que alargan o acortan la esperanza de vida (Jones, 1959). Por ejemplo, vivir en el campo agrega cinco años más al ciclo de vida en comparación con la vida urbana, lo mismo que el matrimonio en comparación con la soltería. La obesidad tiene efectos negativos: disminuye 3.6 años de vida a los que tienen un exceso de peso de 25 por ciento y cerca de 15 años de vida a los que tienen un exceso de 67 por ciento.

Teorías del envejecimiento

¿Cómo se realiza el proceso de envejecimiento? ¿Simplemente se detiene el “reloj genético” o es un fenómeno de deterioro y desgaste? La **senescencia**, o sea el envejecimiento normal, designa los procesos biológicos universales del envejecimiento; no incluye los efectos de la enfermedad.

Podemos agrupar en dos categorías las teorías del envejecimiento: las estocásticas y las preprogramadas o “de reloj”.

Teorías estocásticas Según las **teorías estocásticas**, el cuerpo envejece por los ataques aleatorios de los medios interno y externo (Schneider, 1992). En estas teorías, a veces llamadas de *deterioro y desgaste*, se compara el cuerpo humano con una máquina que termina por deteriorarse por el uso constante y por la acumulación de agresiones y lesiones de las células. Se supone, por ejemplo, que las células al envejecer eliminan los desechos en una forma menos eficiente. Las sustancias prescindibles, en particular una sustancia grasa llamada *lipofucsina*, se acumulan especialmente en la sangre y en las células del tejido muscular. Con el tiempo ocupan más espacio y disminuyen la rapidez de los procesos celulares. Sin embargo, los gerontólogos consideran en general que la acumulación de sustancias químicas como la lipofucsina es un efecto del envejecimiento, no su causa.

senescencia El proceso normal de envejecimiento que no se relaciona con la aparición de enfermedades en el individuo.

teorías estocásticas Teorías según las cuales el cuerpo envejece por las agresiones aleatorias de los medios interno y externo.

Una teoría estocástica más conocida se concentra en la acción de fragmentos de moléculas llamados *radicales libres*. Durante el uso normal del oxígeno, prácticamente en todos los procesos celulares se liberan pequeños electrones no pareados con una carga alta. En el interior de la célula, estos radicales libres reaccionan con otros compuestos y pueden interrumpir su funcionamiento normal. En condiciones normales, la célula dispone de mecanismos de reparación que aminoran el daño causado por los radicales libres. Sin embargo, producen un daño considerable tras una lesión grave, como un ataque cardíaco o la exposición a la radiación. Los investigadores analizan los efectos de algunas sustancias dietéticas, entre éstas las vitaminas C y E, que al parecer reducen sus efectos. Pero las cantidades excesivas de vitamina E, por ejemplo, pueden tener además efectos secundarios negativos. Hasta la fecha no contamos con pruebas concluyentes de que la esperanza de vida mejora con niveles más altos de esas dos vitaminas (Walford, 1983).

Hay otras teorías estocásticas. Por ejemplo, el daño podría ocurrir en el ADN de los genes. Se sabe que la luz ultravioleta del sol puede dañar el ADN de las células de la piel. Por lo regular, cuando se dañan los genes, la célula se repara por sí misma o muere y es reemplazada por otras. En los ancianos, la reparación es menos eficaz y el daño suele persistir. Tal vez el envejecimiento no sea otra cosa que una disminución de la capacidad de autorreparación.

El deterioro y el desgaste afectan también a los tejidos y a los sistemas. Algunas veces dañan el tejido conectivo. Éste pierde parte de su flexibilidad y se vuelve rígido. En el envejecimiento, el sistema inmunológico pierde eficiencia. Algunas veces las células inmunes atacan a las células sanas del cuerpo, como sucede en la *artritis reumatoide* o en ciertas renopatías. Con todo, los procesos descritos por las teorías estocásticas, aunque muy comunes, podrían deberse a un proceso más profundo de envejecimiento sin ser la causa del proceso propiamente dicho.

En resumen, aunque esas teorías son interesantes, no explican el envejecimiento en su totalidad. Por ejemplo, no explican por qué se deterioran las funciones del “taller interno de reparaciones”. Tampoco explican por qué el ejercicio —una modalidad de deterioro y desgaste— produce efectos positivos, no negativos.

Teorías del reloj biológico El segundo tipo general de teorías se concentra en la programación genética. Las teorías de la preprogramación sostienen que el envejecimiento se rige por las acciones programadas de ciertos genes. Se piensa que aproximadamente 200 genes humanos determinan la esperanza media de vida en el hombre (Schneider, 1992). El concepto de reloj biológico se asocia con el de envejecimiento programado. La idea es que hay cronómetros o relojes integrados que están puestos para activarse según un programa. Pueden estar situados en las células o en el cerebro. En el nivel celular se ha descubierto que algunas clases de células parecen estar preprogramadas para dividirse (y por tanto, para reemplazar las células dañadas o desgastadas) sólo determinado número de veces. Por ejemplo, algunas células embrionarias del ser humano se dividen sólo 50 veces. Aun cuando las congeláramos al cabo de 30 divisiones, al descongelarlas se dividirían tan sólo otras 20 veces. El número máximo de reproducciones varía según los tipos de células y de especies. También pueden variar el número de reproducciones de varias clases de células en el individuo.

Otra teoría del reloj biológico indica que hay una especie de cronómetro, alojado en el hipotálamo y en la hipófisis. Según este planteamiento, poco después de la pubertad, la hipófisis segregaría una hormona que comienza el proceso de deterioro por el resto de la vida a un ritmo programado.

Los relojes biológicos del ser humano parecen controlar el ciclo menstrual, el cual inicia hacia los 12 años y termina más o menos a los 50. También parecen regular el sistema inmunológico, que se fortalece hasta los 20 años de edad

y después empieza a debilitarse gradualmente. Algunos teóricos aseguran que este deterioro está ligado a muchos problemas relacionados con la edad: vulnerabilidad al cáncer y a infecciones como la gripe y la neumonía, alteración de las paredes de los vasos sanguíneos y aterosclerosis (Schneider, 1992).

En suma, ninguna teoría explica de modo satisfactorio el envejecimiento. Es preferible combinarlas; sin duda los descubrimientos futuros nos permitirán conocer más a fondo este proceso normal. A los investigadores les interesa mucho estudiar los medios de alargar el proceso para que vivamos más tiempo. Algunos de sus trabajos se refieren a las enfermedades. Un ejemplo de ello es el estudio de la relación entre cáncer infantil o artritis juvenil y envejecimiento prematuro. Otras investigaciones se proponen ayudar a la gente a llevar una vida sana y sin enfermedades hasta que se acerque al final de la existencia. Pero, a pesar de los avances recientes, todavía parece muy lejano el día en que podamos alargar mucho la duración normal de nuestra vida.

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Cómo interactúan la herencia y el ambiente en el proceso de envejecimiento?
2. Describa y compare las teorías estocásticas y preprogramadas del envejecimiento.

Cambios cognoscitivos en la edad avanzada

Una vez examinados varios procesos y teorías del envejecimiento, analicemos ahora los cambios que ocurren en la cognición con el envejecimiento.

Muchos suponen que el intelecto de los ancianos decae de un modo automático. Por ejemplo, nadie se sorprende si un joven o una persona de mediana edad se prepara para asistir a una fiesta y no recuerda dónde dejó el abrigo. Pero si el mismo olvido se observa en un anciano, la gente se encoge de hombros y dice “La memoria empieza a fallarle” o “Está perdiendo el juicio”. En esta sección estudiaremos los hechos y los mitos concernientes a los cambios cognoscitivos que se relacionan con la senectud y las formas en que los afrontan los ancianos.

La cognición en la senectud

Como señalamos en el capítulo 14, al abordar el tema de la inteligencia fluida y cristalizada, si bien se discute mucho sobre el grado de deterioro del funcionamiento intelectual atribuible al envejecimiento normal, en algo hay cierto consenso: la mayoría de las habilidades mentales permanecen intactas. Investigaciones exhaustivas han demostrado que el deterioro de la memoria no es tan generalizado ni tan grave como se creía (Perlmutter y otros, 1987). Muchos de los problemas de memoria que sufren algunos ancianos no constituyen una consecuencia inevitable del envejecimiento, sino que se deben a otros factores: depresión, inactividad o efectos secundarios de los medicamentos prescritos. Hay compensaciones cuando ocurre el deterioro, y se ha demostrado sin lugar a dudas que disminuye la *rapidez* del procesamiento cognoscitivo. En realidad, las pérdidas suelen tener un efecto muy pequeño en la vida diaria (Perlmutter y otros, 1987; Salthouse, 1985, 1990). A continuación examinaremos algunos cambios cognoscitivos que se relacionan con la rapidez del desempeño, con la memoria y la adquisición de conocimientos.

Rapidez de la cognición Con la senectud disminuye la rapidez del desempeño mental y físico (Birren y otros, 1980). Muchas investigaciones han demostrado que, en esta etapa de la vida, se deterioran las funciones intelectuales que exigen un desempeño acelerado (Salthouse, 1985, 1990). Por lo regular, los ancianos muestran mayor lentitud en los tiempos de reacción, en los procesos perceptuales y en los procesos cognoscitivos en general. Aunque esto se debe en parte sin duda al envejecimiento, en parte también puede deberse a que los ancianos dan a la exactitud mayor valor que los jóvenes. Cuando realizan pruebas, cometen menos errores y tratan de contestar en forma correcta todos los reactivos. Por otra parte, quizás están menos familiarizados con algunas de las actividades en las situaciones de prueba. Por ejemplo, a menudo se les compara con los estudiantes universitarios en pruebas de retención de sílabas sin sentido. Los estudiantes practican de manera regular el aprendizaje de vocabularios nuevos para los exámenes, no así los ancianos. En muchas de estas actividades a veces son más lentos por no haber ejercitado recientemente las habilidades cognoscitivas en cuestión; en consecuencia, tales comparaciones son poco realistas y llevan a conclusiones falsas (Labouvie-Vief, 1985). Por eso, aunque el deterioro del procesamiento cognoscitivo asociado con el envejecimiento es real, en gran medida parece exagerado.

Los trabajos dedicados al desempeño en las tareas ordinarias de memoria revelan una diferencia de rapidez en el desempeño de las personas de 30 y de 70 años. En actividades cognoscitivas relativamente simples como aquéllas en que se pide a los sujetos que comparen el tamaño de diferentes objetos, los ancianos tardan cerca de 50 por ciento más para terminarlas que los jóvenes. Conforme los problemas se vuelven más complejos —y exigen, por ejemplo, comparaciones simultáneas de tamaño y lugar—, tardan casi el doble del tiempo para resolverlos (Baltes, 1993).

Sin embargo, los ancianos recurren a ciertos medios para compensar la pérdida de rapidez. En un estudio, los capturistas mayores realizaron su trabajo con la misma agilidad que los jóvenes, pese a la mayor lentitud del procesamiento visual y del tiempo de reacción y a la reducción de la destreza. ¿Por qué? Cuando los investigadores redujeron el número de palabras que los capturistas podían leer con anticipación, se redujo de modo considerable la velocidad de los ancianos y los jóvenes se vieron mucho menos afectados. Al parecer, los primeros habían aprendido a ver con anticipación y por tanto tecleaban con rapidez (Salthouse, 1985). Con un entrenamiento muy limitado, los ancianos logran compensar la pérdida de rapidez en ese tipo de tareas y muchas veces recuperan gran parte de la rapidez perdida (Willis, 1985).



La mayor parte de las habilidades mentales se conserva intacta en los ancianos.

Memoria Quizá ningún otro aspecto del envejecimiento haya sido estudiado de manera tan exhaustiva como la memoria. Recuérdese el modelo de memoria basado en el procesamiento de la información que expusimos en el capítulo 6. Durante unos cuantos segundos la información se retiene en la memoria sensorial por medio de imágenes visuales o auditivas, luego se transfiere a la memoria a corto plazo donde se organiza y codifica, y por último se transfiere a la memoria a largo plazo donde se retiene. En estudios sobre la memoria del adulto hemos encontrado pruebas de una memoria más permanente o *terciaria*, la cual contiene información sumamente remota. Se han examinado con detalle estos tres niveles hipotéticos (Poon, 1985).

El *almacenamiento sensorial* es una memoria visual o auditiva muy breve que conserva la información sensorial por fracciones de segundo mientras es procesada. Al parecer los ancianos pueden captarla y mantenerla ligeramente menos tiempo que los jóvenes. En promedio, tienen un alcance perceptual un poco más corto, sobre todo cuando dos cosas ocurren al mismo tiempo. No se sabe por qué es así. ¿Se ha debilitado su sistema visual o auditivo? ¿Se reducen

la atención selectiva o el patrón de reconocimiento? ¿Acaso hay menor motivación para un buen desempeño en esas tareas de gran precisión? Sea como fuere, difícilmente la pequeña pérdida de memoria sensorial observada en esta fase de la vida influirá mucho en la vida diaria. La deficiencia puede compensarse observando o escuchando las cosas más tiempo (Poon, 1985), aunque no siempre es posible: los letreros de las carreteras que pasan en forma fugaz pueden causar problemas a los conductores mayores.

Con la edad cambia poco la *memoria a corto plazo*, la cual es un depósito de capacidad limitada que almacena las cosas que están presentes en la “mente” en el momento. Las investigaciones revelan que no hay una diferencia notable en la capacidad de esta memoria entre ancianos y adultos jóvenes.

Sin embargo, los estudios han revelado claras diferencias de edad en el caso de la *memoria a largo plazo*. En los estudios del aprendizaje y la retención, los ancianos a menudo recuerdan menos elementos de una lista o menos detalles de un diseño. ¿Pero las diferencias se deben acaso a su capacidad de almacenamiento o a los procesos de aprendizaje o de recuerdo (es decir, a la *transferencia* de información de la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo)? En algunas investigaciones, parece ser que los ancianos organizan, repasan y codifican en forma menos eficaz el material que deben aprender, funciones todas estas de la memoria a corto plazo. Pero pueden mejorar mucho con una instrucción cuidadosa y con un poco de práctica (Willis, 1985). Incluso los que se aproximan a los 80 años manifiestan algunos beneficios al entrenarse en organizar y repasar la información para una retención permanente (Poon, 1985; Willis y Nesselroade, 1990).

Sin embargo, la eficacia del entrenamiento es limitada. Aun después de recibirlo, los septuagenarios no alcanzan los mismos niveles que los jóvenes (Campbell y Charness, 1990). En algunos estudios en los que se comparan a unos y otros, el entrenamiento más bien ensanchó la brecha en el desempeño porque los jóvenes lograban progresos aún mayores (Keigl y otros, 1990). Significa esto que los ancianos tal vez tengan menos capacidad de reserva (Baltes, 1987), por lo menos en algunas habilidades. Dicho de otra manera, su pensamiento ofrece menos margen de memoria y menos plasticidad.

Paul Baltes (1993) demostró la limitación de la capacidad de reserva de las personas mayores en un estudio en el que se pidió a sujetos jóvenes y ancianos con escolaridad semejante que recordaran listas largas de palabras en orden correcto; por ejemplo, 30 sustantivos. Sabedores de que en condiciones normales podemos recordar una cadena de cinco a siete palabras presentadas a una velocidad de dos por segundo, los investigadores entrenaron a los sujetos en el uso de una mnemotecnica —esto es, una estrategia de memoria— llamada *método de los loci*. En ésta, el sujeto asocia las cosas que debe recordar en una situación con la cual está familiarizado, digamos una habitación o el vecindario donde vive. Después forma imágenes mentales humorísticas u originales que le ayudan a recordar. Cuando se le pide que mencione las cosas, recuerda con facilidad los objetos familiares y luego las cosas asociadas en la lista.

Los investigadores descubrieron que los ancianos sanos podían aplicar el método bastante bien. Pero observaron claras diferencias de desempeño relacionadas con la edad. Dichas diferencias se centraban en la rapidez y precisión del desempeño. Por ejemplo, tras 38 sesiones de entrenamiento, muy pocos alcanzaban el nivel conseguido por los jóvenes al cabo de unas cuantas sesiones. De hecho, ninguno de los sujetos mayores de 70 años lograba rebasar el promedio de los adultos jóvenes.

Hay otras diferencias de edad en la realización de tareas de memoria a largo plazo. Los sujetos ancianos se desempeñan mejor en las tareas de reconocimiento que en las de recuerdo de cosas como listas de términos (Craik y McDowd, 1987). Suelen ser un poco más selectivos en lo que retienen. Pueden negarse a memorizar listas de palabras inútiles, pero obtienen excelentes resultados en la comprensión



Los ancianos parecen ser más sabios que los adultos jóvenes.

sabiduría Sistema de conocimientos expertos que se concentra en los aspectos pragmáticos de la vida y que incluye excelentes juicios y consejos sobre problemas trascendentales, entre los que se cuentan el significado de la vida y la condición humana; la sabiduría representa la cúspide de la inteligencia humana.

Figura 16-4

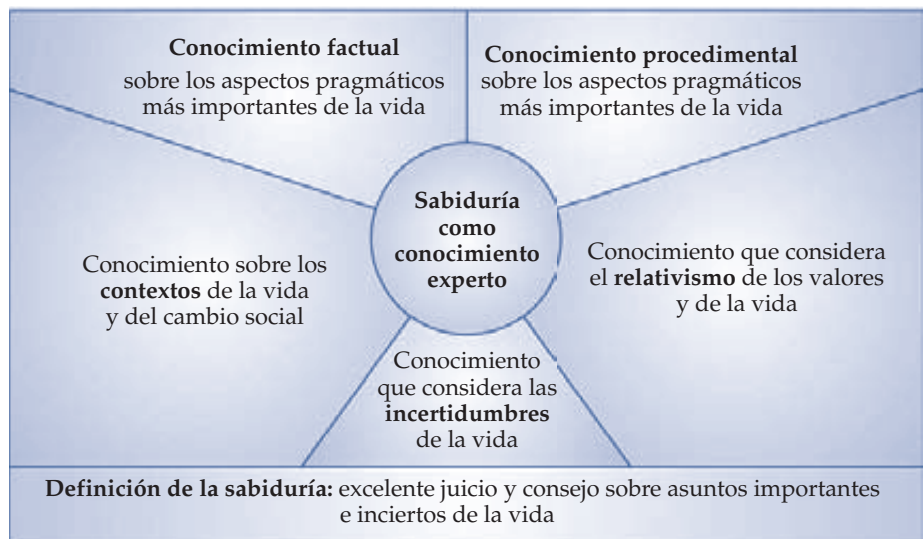
Modelo de la sabiduría
Fuente: Baltes (1993).

de párrafos (Meyer, 1987). En un estudio se descubrió que recuerdan metáforas interesantes como “las estaciones son el vestuario de la naturaleza” mejor que los estudiantes universitarios. No trataban de reproducir con exactitud la oración, sino que entendían su significado y lo recordaban (Labouvie-Vief y Schell, 1982). En otras palabras, recordaban lo que les parecía útil e importante. Así, pues, este hallazgo nos recuerda que el desarrollo y el comportamiento se dan en un contexto y que, aun cuando envejecemos, las exigencias y las oportunidades ambientales moldean nuestras capacidades y habilidades (Lerner, 1990).

Al parecer la *memoria terciaria*, llamada también memoria de hechos muy remotos, permanece relativamente intacta en el anciano. Así, en algunas investigaciones los viejos recuerdan mejor los detalles de los acontecimientos históricos que los jóvenes. La tendencia se observa sobre todo en el caso de los acontecimientos históricos que experimentaron en forma personal y de los cuales los jóvenes se enteraron en forma indirecta. Esto explica la facilidad con que a menudo describen sucesos memorables de su niñez.

En suma, existen muy pocas diferencias significativas relacionadas con la edad en las etapas de la memoria, a excepción de la memoria a largo plazo; las diferencias que se observan dependen de varios factores. Los ancianos tendrán un desempeño deficiente, cuando la tarea de memoria exija métodos especiales de organización y de repaso que no se han practicado mucho. Pero casi todos mejorarán si se les enseñan estrategias de organización y de retención. La memoria también es selectiva en los ancianos. El material más interesante y significativo se recuerda con mayor facilidad. En términos generales, podemos calificar de mito el concepto de un notable deterioro de la memoria asociado con el envejecimiento.

Sabiduría Los mecanismos de la memoria son un poco más fuertes en los jóvenes que en el anciano, pero lo contrario ocurre respecto de la **sabiduría**, es decir, el conocimiento experto que se concentra en el aspecto pragmático de la vida y que supone buen juicio y consejos sobre los asuntos más importantes de la vida. “Para entender la sabiduría total y correctamente se requiere más sensatez de la que tenemos”, escribió Robert Sternberg (1990). No obstante, Paul Baltes ha propuesto que el conocimiento experto propio de la sabiduría puede clasificarse en cinco categorías: conocimiento factual, conocimiento procedimental, contextualismo a lo largo del ciclo vital, relativismo de los valores e incertidumbre (vea la figura 16-4). La sabiduría es por lo menos una cualidad cognoscitiva que encontramos en la inteligencia cristalizada basada en la cultura (vea el capítulo 14)



y que se relaciona con la experiencia y la personalidad. Recordemos que la inteligencia cristalizada proviene del conocimiento y de la información que obtenemos acerca del mundo y de las relaciones humanas a lo largo de la existencia.

Según Baltes (1993), la sabiduría reúne cinco características generales. Primero, parece concentrarse en los asuntos importantes y difíciles que a menudo se asocian con el significado de la vida y la condición humana. Segundo, el nivel de conocimiento, sensatez y consejo reflejado en la sabiduría es superior. Tercero, el conocimiento asociado con la sabiduría tiene un alcance, una profundidad y un equilibrio extraordinarios, y se aplica además a situaciones concretas. Cuarto, la sabiduría combina la mente y la virtud (carácter) y se emplea en favor del bienestar personal y de la humanidad. Quinto, aunque la sabiduría es difícil de alcanzar, la mayoría de la gente la reconoce con facilidad.

Para medir el acervo de conocimientos asociados con la sabiduría, Baltes (1993) pidió a los participantes en su investigación que analizaran dilemas como éste: Una joven de 15 años quiere casarse de inmediato. ¿Qué debería hacer? Baltes pidió a los participantes que “pensaran en voz alta” en el problema. Grabó los pensamientos expresados en una cinta magnetofónica, los transcribió y los evaluó basándose en el grado de aproximación a los cinco criterios del conocimiento relacionados con la sabiduría: conocimiento factual, conocimiento procedimental, contextualismo del ciclo de vida, relativismo de valores, reconocimiento y manejo de incertidumbre. Clasificó las respuestas para determinar cuánto y qué tipo de conocimientos poseían. En la tabla 16-3 se resumen los criterios y la evaluación.

De acuerdo con Baltes, hay dos razones que explican por qué aumenta con los años la cantidad y la calidad de conocimiento relacionado con la sabiduría y por qué es más probable conseguir una calificación elevada que baja. En primer lugar, se necesitan largos años de experiencia en varias circunstancias de la vida para comprender con plenitud los factores que mejoran la sabiduría y para trabajarlos. Esto se aprende con la edad. En segundo lugar, al envejecer adquirimos atributos que favorecen la obtención de la sabiduría. Esos atributos comprenden el crecimiento cognoscitivo y de la personalidad. Pero no se trata de un proceso irreversible. Las pérdidas de procesamiento cognoscitivo que se observan en los ancianos pueden limitar su sabiduría o su capacidad para aplicarla.

Deterioro cognoscitivo

Aunque muchos ancianos conservan las capacidades de memoria y adquieren la sabiduría, algunos presentan un deterioro notable de su funcionamiento cognoscitivo. Puede ser temporal, progresivo o intermitente. En algunos casos es pequeño y dura poco, pero en otros es grave y progresivo.

El deterioro puede deberse a causas primarias o secundarias. Entre las primeras se encuentran la enfermedad de Alzheimer y la apoplejía. No obstante, conviene precisar que el deterioro no es intrínseco al proceso de envejecimiento, sino que se atribuye, más bien, a otros factores como problemas de salud, una deficiente instrucción formal, pobreza y falta de motivación. También hay que tener en cuenta esas causas secundarias, aunque no es fácil distinguirlas de las causas primarias. Comenzaremos el examen del deterioro cognoscitivo con su manifestación extrema, la demencia.

Demencia Como ya señalamos, la demencia designa confusión, olvido y cambios de personalidad crónicos que a veces acompañan a la senectud. Tiene muchas causas, entre las que se cuenta la enfermedad de Alzheimer. Muchos temen la demencia, pues creen erróneamente que es parte inevitable de la vejez. Para ellos hacerse viejos significa perder el control intelectual y emocional, convirtiéndose así en personas desvalidas e inútiles que llegan a ser una “carga” para su familia.

Tabla 16-3 Uso de criterios relacionados con la sabiduría para evaluar el discurso sobre asuntos de la vida

Ejemplo: una joven de 15 años quiere casarse de inmediato. ¿Qué debería considerar y hacer?

Conocimiento factual:

- ___ ¿Quién, cuándo, dónde?
- ___ Ejemplos de posibles situaciones
- ___ Opciones múltiples (formas de amor y de matrimonio)

Conocimiento procedimental:

- ___ Estrategias de búsqueda de información, toma de decisiones y formulación de consejos
- ___ Tiempo del consejo, vigilancia de las reacciones emocionales
- ___ Escenarios del análisis de costo/beneficio
- ___ Análisis de medios/fines

Contextos del ciclo de vida:

- ___ Contextos normados por la edad (por ejemplo, problemas de la adolescencia), normados por la cultura (por ejemplo, cambio de las normas), idiosincrásicos (por ejemplo, enfermedad terminal) en los dominios del tiempo y de la vida

Relativismo de valores:

- ___ Distinción entre los valores personales y los de otros
- ___ Preferencias religiosas
- ___ Valores actuales/futuros
- ___ Relativismo histórico-cultural

Incertidumbre:

- ___ Inexistencia de soluciones perfectas
- ___ Optimización de la razón ganancia/pérdida
- ___ Futuro no enteramente predecible
- ___ Soluciones de respaldo

Ejemplos de dos respuestas extremas (sintetizados)

Puntuación baja

¿Quiere casarse una joven de 15 años? No, de ninguna manera; casarse a los 15 años sería un gran error. Hay que decirle que el matrimonio no es posible. (Después de investigar más a fondo.) Sería irresponsable apoyar semejante idea. No, no es más que una idea tonta.

Puntuación elevada

Bueno, parece tratarse de un problema fácil. Por lo regular, no conviene que se casen las jóvenes de 15 años. Creo que muchas podrían pensar en hacerlo cuando se enamoran por primera vez. Y se dan muchas situaciones en que no encaja el caso típico. Quizá esta vez haya circunstancias especiales; por ejemplo, que la joven tenga una enfermedad terminal. O que venga de otro país. Quizá vive en otra cultura y periodo histórico. Necesito más información para poder dar mi opinión definitiva.

De acuerdo con los gerontólogos, se han exagerado y distorsionado el índice y la naturaleza de la demencia. Lejos de tratarse de algo inevitable, afecta apenas a entre 3 y 4 por ciento de las personas mayores de 65 años (Brockelhurst, 1977, citado en Wershow, 1981). Por desgracia, sin embargo, una encuesta reciente aplicada a comunidades indica que el porcentaje aumenta de manera considerable entre las personas muy ancianas. La encuesta realizada en Boston reveló que casi 20 por ciento de las personas entre 75 y 84 años parecían sufrir demencia en la modalidad de enfermedad de Alzheimer. El porcentaje se aproximaba a 50 por ciento entre los habitantes de 85 años en adelante (Evans y otros, 1989).

Los que sufren demencia muestran poca capacidad para entender las abstracciones; carecen de ideas, repiten lo mismo una y otra vez, piensan con mayor lentitud que los individuos normales y no prestan atención a quienes los rodean. Pierden el flujo del pensamiento a la mitad de una frase u oración. No recuerdan los acontecimientos recientes. Tal vez se acuerden claramente de un hecho de su niñez, pero no de algo que ocurrió hace una hora. Por estos síntomas de deterioro mental, tal vez no puedan realizar actividades ordinarias como asearse y arreglarse. Ya no piensan, ni se comportan ni se relacionan con la gente de una manera normal, pues funcionan en los confines de un mundo que se contrae (Kastenbaum, 1979).

Por desgracia, el adjetivo *senil* se atribuye con demasiada frecuencia a los ancianos que manifiestan el más ligero signo de confusión, de lapsos mentales o de conducta desorientada, pese a que esos problemas pueden deberse a otras causas. Es difícil hacer un diagnóstico seguro, pues existen numerosas causas secundarias. La mala alimentación —lo mismo que la falta crónica de sueño por enfermedad, ansiedad, depresión, sufrimiento o temor— puede distorsionar el pensamiento de jóvenes y de ancianos. Los problemas cardíacos o renales pueden ocasionar cambios en los ritmos normales o en el metabolismo del cuerpo; la acumulación de desechos tóxicos también afecta a la capacidad de pensar con claridad. La confusión, la agitación y la somnolencia pueden deberse a los medicamentos con que se tratan otras enfermedades. En todos los casos, los síntomas de senilidad desaparecen cuando se trata con eficacia el trastorno físico o psicológico (Kastenbaum, 1979).

Cerca de 50 por ciento de las personas a quienes se les diagnostica demencia sufre la enfermedad de Alzheimer. Otro 30 por ciento ha padecido pequeñas apoplejías que dañaron el tejido cerebral. El resto padece diversos problemas o trastornos como traumatismo cerebral ocasionado por accidentes.

Principales causas del deterioro Como ya señalamos, la causa principal de demencia y de otras formas de deterioro cognoscitivo es la enfermedad de Alzheimer. Es, asimismo, la cuarta causa de muerte entre los ancianos (Schneck y otros, 1982).

La **enfermedad de Alzheimer** produce un deterioro progresivo de las células cerebrales que comienza en la corteza cerebral externa. Las necropsias revelan un patrón característico en las zonas dañadas que parecen pequeños fragmentos de hilaza trenzada. En vida, el diagnóstico del paciente se basa en patrones de pérdida de memoria y desorientación progresivas.

No se conocen todavía las causas del padecimiento, aunque el elevado índice en algunas familias hace que algunos investigadores sospechen que hay un origen genético (Miller, 1993). La investigación no ha comprobado la existencia de otras causas posibles como los altos niveles de aluminio en el cerebro (Doll, 1993; Mason, 1993).

Sin importar sus causas, los efectos de la enfermedad son devastadores para el paciente y su familia. Por lo regular, los primeros síntomas son el olvido y pequeñas alteraciones del habla. En un principio, sólo se olvidan los



Por lo general, cuidar a un ser querido que sufre la enfermedad de Alzheimer resulta emocionalmente abrumador para los miembros de la familia.

enfermedad de Alzheimer Afcción que causa demencia por el deterioro progresivo de las células cerebrales, en especial las de la corteza cerebral.

detalles insignificantes; a medida que avanza, ya no se recuerdan los lugares, los nombres ni las rutinas; por último, se olvidan hasta los hechos que acaban de ocurrir. La fase del olvido se acompaña de un sentido de confusión. Es mucho más difícil planear y efectuar incluso las actividades más simples; por ejemplo, resulta difícil comer algo porque no se encuentra el refrigerador. La pérdida de contacto con la rutina y con los aspectos ordinarios de la vida produce gran desorientación, confusión y ansiedad. Entonces se hace evidente que no debe dejarse sola a la persona, porque podría lastimarse. Finalmente aparece la demencia total. El paciente no puede realizar ni siquiera las actividades más sencillas, como vestirse o comer. No reconoce a los parientes; e incluso el devoto cónyuge que lleva mucho tiempo cuidándolo en su deterioro puede parecerle un perfecto extraño.

La enfermedad de Alzheimer ejerce un profundo impacto en la familia del paciente. En unos cuantos años, un adulto independiente y conocedor se convierte en un niño que necesita cuidado y supervisión las 24 horas del día. En las primeras etapas, es más o menos fácil adaptarse. Sin mucha dificultad se simplifica el ambiente y se etiquetan los objetos, incluso el mobiliario. El paciente puede quedarse solo, al menos por periodos cortos; y, por ejemplo, si un miembro de la familia le prepara un emparedado, a la hora de la comida pueden prevenirse accidentes en la cocina. Más tarde, cuando hay que cuidarlo todo el día, habrá que hacer adaptaciones más importantes. Independientemente de las cuestiones prácticas, los familiares a menudo sienten dolor, desesperación y, quizás, enojo y frustración. Son comunes el resentimiento, el sentimiento de culpa, la vergüenza y el aislamiento. Aunque todo esto es comprensible, los miembros de la familia deben tener en cuenta los sentimientos del paciente. Es de gran utilidad el apoyo de otras familias con experiencias parecidas (Cohen y Eisdorfer; 1986; Zarit y otros, 1985). Muchas veces es preciso tomar la difícil decisión de internarlo en un asilo u hospital. Algunas veces la decisión resulta más fácil en las etapas finales, si el paciente da la impresión de no saber dónde está o quién es, aun cuando se encuentre en casa con miembros de su familia. Otras veces el ambiente más simple y predecible de la institución le permite llevar una vida más tranquila (pero consúltese el recuadro “Teorías y hechos” del capítulo 17, página 598, donde se expone el abuso de los ancianos).

Las **apoplejías**, y entre éstas las miniapoplejías, constituyen otra causa primaria de demencia. A este tipo de deterioro cognoscitivo se le llama también demencia por infartos múltiples. El *infarto* es la obstrucción de un vaso sanguíneo que impide que llegue la sangre necesaria a alguna zona del cerebro. La insuficiencia destruye el tejido cerebral y se le llama comúnmente apoplejía o miniapoplejía. Se les denomina *ataques isquémicos transitorios*, si se trata de episodios muy pequeños y temporales. A menudo el afectado ni siquiera se da cuenta de que han tenido lugar. Como su nombre lo indica la demencia por infartos múltiples se debe a una serie de procesos que dañan el tejido cerebral.

A menudo la causa latente de las miniapoplejías y la destrucción del tejido cerebral es la aterosclerosis, o sea la acumulación de placas de grasa en el revestimiento de las arterias. El riesgo de sufrir apoplejía es mayor entre los que tienen aterosclerosis, cardiopatías, hipertensión o diabetes. Se les recomienda que adopten medidas para mejorar su circulación, como puede ser el ejercicio moderado, y que controlen la hipertensión y la diabetes por medio de una dieta y medicamentos.

Causas secundarias del deterioro Las expectativas psicológicas, la salud mental y otros factores pueden ejercer una influencia profunda en el funcionamiento cognoscitivo del anciano.

En cualquier edad, las creencias o juicios sobre nuestras capacidades influyen en nuestro desempeño. Algunos ancianos están plenamente convencidos



Incluso la ingestión moderada de alcohol deteriora con el tiempo la memoria primaria y secundaria.

de que van a perder la memoria y que ya no podrán realizar lo que hacían antes. Se temen que llegarán a ser desvalidos, que dependerán de la gente y que perderán el control de su vida. Imaginan que su destino quedará en manos de la suerte o de personas poderosas. En una profecía autorrealizada, los individuos que tienen esas expectativas pierden competencia y control. Tienen menor autoestima y manifiestan además menor persistencia y esfuerzo. Por otro lado, pueden mejorar mucho si se logra convencerlos de que pueden asumir el control de su vida y de que la pérdida cognoscitiva no es inevitable (Perlmutter y otros, 1987).

La salud mental influye directamente en la realización de las actividades cognoscitivas. La depresión es una reacción común en la senectud, en parte por la pérdida de los parientes y amigos; muchos han pasado varias veces por este tipo de experiencia. La depresión aminora la concentración y la atención, de modo que reduce el nivel general de funcionamiento cognoscitivo.

Hay otros factores secundarios que producen deterioro cognoscitivo (Perlmutter y otros, 1987). He aquí algunos de los más importantes:

- La condición física influye en las actividades mentales y también en las de índole física. En muchas pruebas de las funciones cognoscitivas los individuos con una buena condición física se desempeñan a un nivel más elevado.
- Las deficiencias nutricionales, como la anemia, y las de vitaminas o de colina originan un desempeño insatisfactorio en las tareas intelectuales. La colina, que se encuentra en la carne, en el pescado y en las yemas de huevo, le sirve al cerebro para elaborar acetilcolina, sustancia química esencial para un procesamiento nervioso eficaz (Wurtman, 1979).
- El alcohol consumido durante largo tiempo —así sea en cantidades moderadas— afecta a la memoria a corto y a largo plazos. Si se ingiere en exceso, éste suele entorpecer el funcionamiento diario y también interferir en la alimentación. De manera directa e indirecta, altera las funciones mentales aun cuando el individuo no se encuentre bajo su influjo.



El aislamiento social o la depresión pueden deteriorar el funcionamiento mental del anciano.

- Los medicamentos de patente y los que no exigen receta médica, desde los somníferos hasta los analgésicos y los fármacos para la hipertensión, producen efectos secundarios que disminuyen el estado de alerta y la atención. Ni el hígado ni los riñones eliminan siempre con facilidad los medicamentos. A medida que envejecemos, las dosis pequeñas pueden ser tan fuertes como las grandes. En ocasiones mejora muchísimo el funcionamiento mental con sólo reducir un poco la dosis.
- Inactividad del funcionamiento mental. Tras periodos prolongados de enfermedad, de aislamiento social o de depresión algunos no recobran su nivel anterior de funcionamiento mental. El viejo refrán de “Úsalo o piérdelo” se aplica perfectamente a tales situaciones (Perlmutter y otros, 1987).

Compensación de la mente que envejece

La investigación efectuada por Baltes (1993) se concentra en los mecanismos con que los ancianos coordinan las ganancias y las pérdidas de una mente que envejece. Esos mecanismos son especialmente importantes a medida que el deterioro biológico y el que se relaciona con la salud van modificando el equilibrio del funcionamiento cognoscitivo. El modelo que diseñó Baltes se basa en una “optimización selectiva con compensación”. Por medio del siguiente ejemplo, Baltes describe cómo funciona este proceso de adaptación:

Cuando, en una entrevista televisiva, al concertista Rubinstein le preguntaron cómo se las arreglaba para seguir siendo un excelente pianista a su avanzada edad, mencionó tres estrategias: 1) en la vejez ejecutaba menos piezas, 2) ahora practicaba más a menudo cada una y 3) introducía más *retardandos* antes de los segmentos rápidos, de modo que parecía que tocaba con mayor rapidez. Los anteriores son ejemplos de selección (menos piezas), optimización (más práctica) y compensación (mayor uso del contraste en la rapidez). Sos-tengo que este tipo de conocimiento de la vida constituye otra faceta de la pragmática de la mente que envejece. (Baltes, 1993, página 590).

Baltes afirma que a medida que los ancianos reconocen sus pérdidas objetivas y subjetivas, lo mismo que el equilibrio cambiante entre las ganancias y las pérdidas, reorganizan y ajustan su sentido del yo. Este reajuste, considera Baltes, explicaría por qué la mayoría de ellos no sufre una importante disminución en su sentido de bienestar subjetivo o de control personal. Hay otras investigaciones que corroboran esta opinión. Por ejemplo, algunos factores como un nivel escolar más elevado (Leibovici y otros, 1996) y un nivel sostenido de actividad global (Christensen y otros, 1996) ayudan a compensar y, en cierto modo, minimizar algunos aspectos del deterioro cognoscitivo a una edad muy avanzada.

REPASE Y APLIQUE

1. Explique en forma detallada los cambios cognoscitivos que tienen lugar en la vejez, incluidos los que influyen en la rapidez de desempeño y en la memoria.
2. Identifique las cinco propiedades generales de la sabiduría.
3. ¿El deterioro cognoscitivo es intrínseco al proceso de envejecimiento? Describa los factores primarios y secundarios que favorecen el deterioro, incluidos los relacionados con la enfermedad de Alzheimer.
4. Explique cómo compensan los ancianos las pérdidas de funcionamiento cognoscitivo.

RESUMEN

El envejecimiento en la actualidad

- Los estereotipos sobre los ancianos dificultan entenderlos como los individuos diversos que son en realidad.
- Con el término *ancianismo* se designa una actitud de indiferencia y de olvido hacia los ancianos.
- Las personas de todas las edades suelen asignar estereotipos más negativos a los ancianos y más positivos a los jóvenes.
- En algunas culturas y épocas históricas, los ancianos han sido respetados como personas sabias, transmisores de cultura y depositarios de la memoria histórica.
- La edad promedio de la población estadounidense ha venido aumentando y producirá una proporción cada vez mayor de ancianos durante las próximas décadas.
- Burnside y sus colegas analizaron la vejez basándose en cuatro décadas: los sexagenarios (de 60 a 69 años de edad), los septuagenarios (de 70 a 79 años de edad), los octogenarios (de 80 a 89 años de edad) y los nonagenarios (de 90 años en adelante). Estas décadas poseen rasgos distintivos que se resumen en el diagrama de estudio de la página 553.

Aspectos físicos del envejecimiento

- Muchos de los efectos del envejecimiento no se perciben antes de la senectud, porque éste es gradual y la mayoría de los sistemas físicos poseen una gran capacidad de reserva.
- No todos los ancianos manifiestan los signos del envejecimiento en igual grado. Estos dependen en gran parte de si permanecen físicamente aptos y activos.
- El tipo de vida que se ha llevado, las enfermedades y los accidentes sufridos influyen en el envejecimiento; a veces a estas situaciones se les llama factores patológicos del envejecimiento.
- Entre los signos del envejecimiento figuran las canas, la pérdida de elasticidad de la piel, el cambio de postura y arrugas más profundas.
- En general los sentidos se vuelven menos eficientes con los años; muchos ancianos tardan más tiempo en percibir y en procesar un hecho por medio de los sistemas sensoriales.
- Las deficiencias auditivas son muy frecuentes, pero casi siempre ligeras o moderadas. Se pierde mucha capacidad auditiva para tonos de alta frecuencia.
- En los ancianos se observan muchos tipos de deterioro visual: cataratas (opacamiento del cristalino que bloquea la luz), glaucoma (acumulación de presión en el interior del globo ocular), disminución de la capacidad para enfocar los objetos y menor agudeza visual (capacidad para distinguir los detalles finos).

- El gusto manifiesta una gran estabilidad durante la senectud.
- Con la edad disminuye el peso muscular, también la fuerza y la resistencia. Los huesos se debilitan, se vuelven huecos y más frágiles, de ahí que sean más vulnerables a las fracturas y tarden más en sanar.
- El entrenamiento con ejercicios intensos contrarresta la debilidad de los músculos y la debilidad física de los ancianos.
- El sistema cardiovascular pierde eficiencia con los años y disminuye la capacidad pulmonar. También decrece la capacidad de reserva del corazón, de los pulmones y de otros órganos.
- El sistema inmunológico cambia durante la senectud, de manera que el anciano es más vulnerable a las enfermedades.
- Los ancianos están más propensos a sufrir problemas crónicos de salud que enfermedades agudas. Esto se debe en gran medida a una menor capacidad del organismo para afrontar el estrés; también intervienen factores socioeconómicos, la raza y el sexo.
- En parte, la mala salud de los ancianos se debe a una dieta o alimentación deficientes. El consumo excesivo de grasas produce aterosclerosis, o sea endurecimiento de las arterias, estado que causa muchas de las cardiopatías tan comunes en esta etapa de la vida.
- El consumo excesivo, el uso indebido y el abuso de los medicamentos puede ocasionar problemas de salud a los ancianos.

Causas del envejecimiento

- El ciclo de vida característico de un organismo presenta un componente genético, pero también participan otros factores como el estrés, los accidentes y la enfermedad.
- En el hombre, la vida de campo y el matrimonio suelen alargar la vida, mientras que la obesidad y la exposición a la radiación tienden a acortarla.
- La senescencia, o envejecimiento normal, designa los procesos biológicos y universales del envejecimiento.
- Conforme a las teorías estocásticas, el cuerpo envejece a causa de las agresiones aleatorias provenientes de los medios interno y externo; a veces se les da el nombre de teorías de deterioro y desgaste.
- Según las teorías del envejecimiento programado o del reloj biológico, las acciones programadas de ciertos genes específicos rigen el envejecimiento. Podemos ver pruebas en favor de los relojes biológicos en el sistema inmunológico y en el ciclo menstrual femenino.

Cambios cognoscitivos en la edad avanzada

- Muchos suponen que el intelecto de los ancianos se deteriora de modo automático. Pero casi todas las capacidades mentales permanecen relativamente intactas, aunque se observa una reducción en la rapidez del procesamiento cognoscitivo. Con entrenamiento, es posible compensar esta pérdida.
- El almacenamiento sensorial y la memoria a corto plazo cambian poco con la edad, pero se deteriora la memoria a largo plazo. Con una instrucción cuidadosa y un poco de práctica los ancianos pueden mejorar su capacidad de retención.
- La memoria terciaria, o recuerdo de hechos sumamente remotos, parece conservarse más o menos intacta en esta fase de la vida.
- La sabiduría designa el conocimiento experto que se concentra en los aspectos pragmáticos de la vida y comprende buen juicio y consejo sobre asuntos trascendentes de la vida.
- Con la edad mejoran a menudo la cantidad y la calidad de los conocimientos del individuo relacionados con la sabiduría.
- Entre las causas primarias del deterioro cognoscitivo del anciano se encuentran la enfermedad de Alzheimer y la apoplejía. Las causas secundarias son factores como la pobreza o una mala salud.
- La demencia indica la confusión y el olvido crónicos, así como los cambios concomitantes de la personalidad que a veces se asocian con esta etapa de la existencia.
- La confusión, los lapsos mentales o la desorientación conductual pueden atribuirse a diversas causas, incluidas enfermedades físicas o psicológicas que pueden tratarse.
- Aproximadamente 50 por ciento de las personas a quienes se diagnostica demencia sufren la enfermedad de Alzheimer, la cual se caracteriza por un deterioro progresivo de las células del cerebro. El resultado final es una desorientación seria que no permite dejar solo al paciente. Los miembros de la familia que deben cuidarlo sufren fuertes tensiones.
- Las apoplejías o las miniapoplejías son otra causa primaria de demencia. A menudo se deben a la aterosclerosis, o sea a una acumulación de placas de lípidos en el revestimiento de las arterias.
- Las expectativas psicológicas, la salud mental y otros factores influyen de modo profundo en el funcionamiento cognoscitivo de los ancianos. Con frecuencia, los que creen que quedarán desvalidos y dependerán de la gente terminan por hacerlo. La depresión es común en la senectud, en parte por la pérdida de los seres queridos y de los amigos.
- He aquí otros factores que ocasionan el deterioro cognoscitivo: mala condición física, deficiencias nutricionales, consumo prolongado de alcohol, efectos secundarios de medicamentos y falta de ejercicio de las funciones mentales.
- A medida que los ancianos reconocen las pérdidas objetivas y subjetivas de carácter cognoscitivo, reorganizan y ajustan el sentido del yo.

CONCEPTOS BÁSICOS

ancianismo
piedad filial
factores patológicos del
envejecimiento
cataratas

glaucoma
hipertensión
aterosclerosis
demencia
senescencia

teorías estocásticas del
envejecimiento
sabiduría
enfermedad de Alzheimer
apoplejía

UTILICE LO QUE APRENDIÓ

¿Qué hace sabias a las personas? Haga una lista de entre cinco y 10 de las personas más sabias que conozca. Podría incluir a líderes mundiales y nacionales de muchos campos o a individuos de su barrio, campus o ciudad. Procure incluir a hombres y mujeres y por lo menos a alguien a quien conozca de manera personal. Luego, examine los cinco criterios de la sabiduría propuestos por Baltes. ¿Los reúnen las personas de su

lista? ¿Le gustaría agregar otras características? Los investigadores que estudian la sabiduría mencionan a menudo la capacidad de integrar varias clases de conocimientos e incluso sentimientos, pensamientos y acciones. ¿Hacen esto las personas de su lista? ¿Qué factores, experiencias, escolaridad o entrenamiento favorecen el desarrollo de la sabiduría en ellas?

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- COHEN, D. y EISDORFER, K. (1986). *The loss of self: A family resource for the care of Alzheimer's disease and related disorders*. Nueva York: Norton. Fuente de utilidad para conocer la enfermedad de Alzheimer y afrontar el estrés y los graves problemas de un cuidado prolongado.
- FOWLER, M. y MCCUTCHEON, P. (eds.) (1991). *Songs of experience: An anthology of literature on growing old*. Nueva York: Ballantine. Poemas, entradas de diario, historias, meditaciones y palabras inspiradoras de hombres y mujeres al final de su vida, entre ellos E. B. White, Helen Hayes, Robert Coles, Eleanor Roosevelt y muchos otros.
- PALMORE, E. B. (1988). *The facts of aging quiz: A handbook of uses and results*. Nueva York: Springer. Presentación resumida de investigaciones sobre las actitudes ante el envejecimiento, en la que, entre otras cosas, se presentan resultados que muestran los estereotipos respecto del envejecimiento entre los jóvenes y los viejos.
- WHITBOURNE, S. K. (1985). *The aging body: Physiological changes and psychological consequences*. Nueva York: Springer-Verlag. Excelente exposición del envejecimiento físico, con una descripción muy completa de las adaptaciones del individuo, de sus ajustes y reacciones.
- ZARIT, S., ORR, N. K. y ZARIT, J. N. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. Nueva York. New York University Press. Otro libro de gran utilidad y penetración para las familias.

17

La vejez: desarrollo de la personalidad y socialización

CAPÍTULO



TEMARIO

La personalidad y el envejecimiento

Tareas del desarrollo en la vejez
Continuidad y cambios en la vejez
Un envejecimiento exitoso

La jubilación: un cambio radical del estatus

Condiciones físicas, económicas y sociales
La decisión de jubilarse

Relaciones familiares y personales

Cuando termina la paternidad/maternidad
Cuidado del cónyuge enfermo
Viudos y viudas
Hermanos y amigos

La política social y los ancianos

Demografía del envejecimiento en Estados Unidos
Los ancianos débiles en Estados Unidos
Opciones de estilos de vida para los ancianos estadounidenses

Investigación en Hispanoamérica

Lenguaje y envejecimiento

Nelson Saá B.

Pontificia Universidad Católica de Chile

El lenguaje es sin duda una de las funciones cognitivas más relevantes y complejas del ser humano y aunque su estudio no es precisamente sencillo, su importancia ha sido constatada desde los principios de las ciencias del comportamiento. En el ámbito estrictamente gerontológico y en lo relativo al lenguaje en las personas mayores, se puede hacer una afirmación de carácter general, pero no por ello poco importante: la mayor parte de las personas mayores conservan la capacidad de utilizar su lenguaje; pero este lenguaje tiene ciertas características "asociadas a la edad". Así pues, la mayor parte de las personas mayores no tienen problemas con el lenguaje, como ocurre en general con el funcionamiento cognitivo; pero sí existen cambios relacionados en el mismo, con el proceso de envejecimiento.

Desde un punto de vista biológico, se puede afirmar que aunque las pérdidas sensoriales se producen en los diferentes sentidos, el déficit auditivo es el más generalizado en las personas mayores, lo que puede producir problemas en la comprensión oral, así como reducción en la capacidad de comunicación. Desde el punto de vista del deterioro cognitivo, en la vejez se encuentra especialmente afectada la capacidad de procesamiento, lo cual tiene un efecto directo en todos los procesos cognitivos, especialmente en la memoria operativa (memoria de trabajo) y capacidad atencional; con la influencia en la comprensión, en el mantenimiento de una conversación, en la producción de oraciones complejas, etcétera.

Lenguaje y envejecimiento normal

En el envejecimiento normal, al margen de posibles alteraciones específicas (afasias, disartrias y demencias), se produce un deterioro del lenguaje propio de la edad. Numerosos estudios hablan de un deterioro del lenguaje asociado a la edad y que afecta tanto al léxico como a la sintaxis, así como a la organización del discurso.

Juncos (1996) ha planteado que con la edad se produce un deterioro de uno de los sistemas centrales, la memoria operativa, que afecta a todos los aspectos del lenguaje, especialmente a los procesos más complejos. Juncos se basa en dos ideas: a) las alteraciones del lenguaje en la vejez normal no afectan a los módulos siguiendo la distinción entre sistemas modulares y centrales hecha por Fodor (1980), y por lo tanto, a diferencia de las afasias, no son selectivas de dominio (que afectan al lenguaje como sistema modular fonológico, sintáctico y léxico-semántico) y b) afectan al sistema atencional y de control, especialmente los procesos atencionales y de inhibición que implican selección, planificación y supervisión, es decir, afectan especialmente a los aspectos del lenguaje en los cuales la capacidad de memoria operativa es más necesaria: acceso al léxico, comprensión y producción de oraciones complejas y comprensión y producción del discurso. Dicho de otra manera, las posibles alteraciones del lenguaje se deberían a dificultades con la memoria operativa y no a un deterioro propio del lenguaje.

Alteraciones del léxico asociadas a la edad

En los estudios de adultos mayores se han encontrado tres fenómenos:

- El vocabulario pasivo aumenta o se mantiene: los adultos mayores reconocen y comprenden tantas o más palabras que los jóvenes, dependiendo del nivel cultural.
- Existen dificultades importantes en el acceso al léxico: problemas para encontrar la palabra adecuada para nombrar objetos, aumento de episodios de "punta de la lengua" o dificultades en el recuerdo de palabras.
- El conocimiento conceptual no parece que se deteriore con la edad, sino que al parecer se incrementa en los sujetos mayores. Por lo tanto, las dificultades léxicas en las personas mayores se deberían más a un problema de "ejecución" que de "competencia".

El conocimiento se mantiene tanto desde el punto de vista conceptual, como semántico y fonológico, y lo que se observa es una dificultad para acceder a este conocimiento lo que se manifiesta en:

- Incapacidad para encontrar nombres (especialmente propios o poco frecuentes)

- Aumento de los tiempos de reacción
- Uso de paráfrasis como estrategia compensatoria. Estas dificultades se diferencian de otros déficit en el léxico en otros cuadros patológicos como las demencias o en las afasias, en las cuales sí hay una alteración de la competencia. En las personas mayores, los problemas de vocabulario se parecen más al fenómeno de "la punta de la lengua", que tiene que ver no con la disgregación o ausencia de la palabra correspondiente, sino con la selección de la adecuada.

Las dificultades de denominación en los adultos mayores, al igual que los fenómenos de "la punta de la lengua" y algunos casos de anomia, se podrían deber a una alteración no selectiva que afectaría al sistema atencional, de control ejecutivo. Se considera una alteración no selectiva porque, a diferencia de otros casos de anomia con parafasias fonémicas, no hay alteración en el procesamiento en el nivel del léxico fonológico, sino en el acceso a éste. Esta alteración se debería a un déficit en el sistema atencional o de control, que dificultaría la selección del ítem correspondiente.

Déficit de la sintaxis asociados a la edad

En los estudios realizados sobre las capacidades sintácticas de las personas mayores se han descrito dificultades en la comprensión, repetición y uso espontáneo de oraciones complejas. Kemper (1989) sostiene que las alteraciones en la comprensión y producción de estructuras sintácticas complejas se deben a una disminución en la memoria operativa; el procesamiento sintáctico implica, al menos, la participación de un procesador específico para la gramática y de la memoria operativa. Se supone que la dificultad tiene su origen en las limitaciones de las personas mayores para operar simultáneamente con diferentes tipos de información o con material complejo, o en la limitación de memoria verbal a corto plazo.

Discurso narrativo

El último de los procesos en que se han encontrado diferencias debidas a la edad es en el discurso narrativo. En diversas investigaciones se ha encontrado en las personas mayores importantes dificultades para comprender y producir adecuadamente diferentes tipos de discurso: comprensión de textos, conversación espontánea, descripciones, relatos autobiográficos, comprensión y narración de historias y comprensión de párrafos en prosa.

Este deterioro se manifiesta en:

- Efecto negativo de la edad sobre el recuerdo de información en el discurso.
- Dificultades en los sujetos de edad avanzada para comprender la información estructurada de forma compleja en los textos orales o escritos que se presentan, o a partir de materiales visuales.
- Dificultad para elaborar historias coherentemente estructuradas y con gran contenido informativo.

El primer aspecto podría explicarse por las alteraciones de la memoria asociadas a la edad. El segundo y tercero tienen que ver con la organización del discurso. El procesamiento complejo puede estar alterado por: a) un problema en el conceptualizador que afectaría las capacidades de razonamiento, y cuyo resultado más evidente es la producción de un discurso sin coherencia o absurdo que ocurre en la demencia tipo Alzheimer y en la esquizofrenia, o b) por un déficit en el formulador sintáctico que produciría distintas formas de agramatismo, como en algunas afasias. Pero las dificultades observadas en las personas mayores al parecer están producidas por una alteración en la capacidad atencional o en la memoria operativa, y no en dificultades de razonamiento o agramatismo, que no han sido encontradas en forma generalizada en las personas mayores sin alteraciones neurológicas. Operar con material complejo, ya sean oraciones, historias o textos, conlleva un proceso de atención, control y organización sobre los diferentes elementos implicados, que puede verse alterado en los adultos mayores.

FUENTE: Cuadernos de Neurología, Pontificia Universidad Católica de Chile, vol. XXX, 2006.

Objetivos del capítulo



Cuando termine este capítulo, podrás:

1. Explicar los cambios de la personalidad y las tareas del desarrollo en la vejez.
2. Describir las condiciones físicas, económicas y sociales que influyen para la jubilación de los ancianos.
3. Resumir los factores que favorecen la decisión de jubilarse.
4. Describir los patrones de las relaciones familiares y personales que definen muchas de las tensiones y de las satisfacciones en la vejez.
5. Exponer la relación entre las necesidades de los ancianos y las políticas y actitudes de la sociedad estadounidense hacia los ancianos.

Se da el nombre de **transición de estatus** a un cambio importante de roles y de posición social. Estos cambios ocurren a lo largo del ciclo vital. El adolescente se convierte en un joven adulto; el joven ingresa a la madurez; en ambos casos el individuo asume roles y responsabilidades más amplias, por lo general con un aumento de estatus y de poder. No obstante, la transición de estatus a la vejez es muy distinta. La transición a la jubilación, a la viudez o a una salud deteriorada puede disminuir el poder, la responsabilidad y la autonomía (Rosow, 1974).

Desde un punto de vista positivo, el hecho de jubilarse da libertad para cultivar intereses personales y el de convertirse en bisabuelo ofrece la oportunidad de dedicar más tiempo a la familia. Así, con mucha frecuencia la forma en que se interpretan las transiciones de estatus y los cambios concomitantes es por lo menos tan importante como los acontecimientos mismos. El efecto de muchos de los acontecimientos que ocurren en la vejez depende en gran medida del significado que se les dé. Podemos ver en el retiro una señal de que terminan la utilidad y la productividad en la fuerza laboral, incluso como el final de una parte importante de la identidad personal —ya sea como conductor de autobús, dentista, bailarina o ejecutivo empresarial. Pero podemos considerar el retiro desde un punto de vista muy distinto si durante los últimos 30 a 40 años hemos odiado nuestro trabajo y todo lo relacionado con éste. En tal caso, el retiro significará liberarse del aburrimiento, la monotonía y el servilismo a la autoridad. (De hecho, un factor que predice una buena adaptación a la jubilación es el “malestar con el trabajo”.) De igual manera, la viudez puede liberarnos del desgaste de cuidar a un cónyuge que padece una enfermedad crónica y ofrecernos más libertad. También puede significar que ya no tenemos que vivir con alguien que desde hacía años nos desagradaba, pero de quien no queríamos divorciarnos. Por otra parte, la muerte del cónyuge puede ocasionar un dolor intenso y duradero.

La enfermedad y las discapacidades físicas son algunas de las circunstancias más difíciles que tal vez debamos afrontar en la senectud. Pero también aquí encontramos una amplia variedad de estilos de afrontamiento. Como comentó una persona mayor: “Ahora tengo algunas limitaciones, pero nunca disfruté tanto mi jardín como en estos últimos años y mi último nieto es una gran alegría para mí”.

Cuando Gail Sheehy entrevistó a un grupo de sexagenarios y de septuagenarios descubrió que para muchos ancianos la vida sigue siendo fuente de posibilidades más que de limitaciones. Prevén una vida “que les permitirá concentrarse en mejorar, ser más fuertes, más sabios, más graciosos, más libres, más sensuales y vivir con mayor plenitud los momentos privilegiados de la

transición de estatus Cambio de roles o posición que ocurre cuando una persona entra en la adolescencia, tiene hijos, se jubila o enviuda.

vida” (Sheehy, 1995). Muchos sexagenarios disfrutan de una buena salud y se sienten maravillosamente libres del trabajo y de las preocupaciones. A los 70 años y a edad más avanzada afinan sus prioridades y se concentran en lo que pueden realizar, no en lo que ya no pueden hacer.

En este capítulo examinaremos los cambios de estatus que marcan la vejez en lo que se refiere a la personalidad, el ajuste a tareas del desarrollo como la jubilación y las relaciones con los nietos y los bisnietos. También abordaremos temas como el cuidado del cónyuge enfermo, la adaptación a la viudez y la reafirmación de la relación con hermanos y amigos. Por último analizaremos a fondo cómo afecta a los ancianos la política social en campos como la atención médica y la vivienda.

La personalidad y el envejecimiento

Es fácil hacer generalizaciones excesivas respecto de la personalidad, la satisfacción con la vida y las tareas del desarrollo de la senectud. En el capítulo anterior vimos que hay muchas diferencias entre los longevos recién retirados, sanos y vigorosos, los ancianos frágiles y los de una edad intermedia. Sin importar su edad, el individuo tiene un patrón peculiar de actitudes, valores y creencias sobre la vejez y sobre sí mismo, además de una serie de experiencias que refuerzan el patrón. Pero, a pesar de tales disimilitudes, hay algunos hechos e intereses comunes a todos ellos. La manera de encararlos influye de manera profunda en que se dé un envejecimiento sin problemas serios.

Tareas del desarrollo en la vejez

Ante todo, conviene retomar la teoría de Erikson para examinar las tareas centrales del desarrollo. En su opinión, los que saben encararlas y afrontarlas conservan una salud mental más satisfactoria.

Conservación de la identidad A partir de la adolescencia una de las principales tareas consiste en mantener una identidad personal relativamente estable. En la acepción que le damos aquí, con el término **identidad** designamos una serie de conceptos que tenemos sobre nuestros atributos físicos, psicológicos y sociales. En opinión de la teórica Susan Whitbourne (1987), el proceso de mantener una identidad estable se asemeja al proceso de adaptación propuesto por Piaget (vea el capítulo 1): consiste en la asimilación de hechos nuevos y circunstancias cambiantes en los autoconceptos existentes y en acomodarse a los principales acontecimientos o amenazas que no es posible asimilar con facilidad. Por ejemplo, en el caso de una enfermedad crónica seria se ven amenazados los aspectos físicos, psicológicos y sociales del autoconcepto y pueden exigir una acomodación importante.

En teoría, según Whitbourne, mantenemos un equilibrio entre la asimilación y la acomodación. El rechazo a acomodarse puede significar que se está negando la realidad. Esa persona puede ser defensiva y rígida, y culpar de manera injusta a otros por sus fracasos. Por otra parte, si alguien se acomoda con demasiada facilidad, puede volverse histérico, impulsivo o hipersensible. En general, conservar el equilibrio entre una identidad estable y la apertura a nuevas experiencias constituye una importante tarea del desarrollo, del mismo modo que lo fue en los periodos anteriores del ciclo vital.

En el caso de los muy ancianos resulta sumamente importante mantener el sentido de estabilidad en la identidad personal. En un estudio con más de 600 individuos, casi todos ellos septuagenarios y octogenarios que habían

identidad Conjunto de conceptos bastante congruentes que tiene una persona sobre sus atributos físicos, psicológicos y sociales.



Las personas de edad avanzada necesitan recordar y reflexionar sobre el pasado para dar significado a su vida.

experimentado cambios importantes de salud y de estilo de vida (Lieberman y Tobin, 1983), los investigadores descubrieron que la acomodación era una tarea muy difícil, sobre todo para quienes estaban débiles o dependían mucho de la gente. Los que mejor se adaptaban lo conseguían manteniendo y “validando” su identidad. A pesar de la adversidad podían decir “Soy lo que siempre he sido”. ¿Cómo lo lograban ante los cambios tan reales de su existencia y de sus capacidades físicas?” En general, dejaban de pensar en el presente y se trasladaban al pasado. Por ejemplo, una mujer al principio se describió a sí misma en los siguientes términos: “Soy importante para mi familia y mis amigos; debería usted ver cuántas tarjetas de cumpleaños recibo”. Al cabo de dos años, después de algunos cambios importantes en su vida, se definía a sí misma así: “Creo que soy importante para mi familia; siempre les he dado lo mejor de mí y ellos lo aprecian”. Su pasado se convirtió en una prueba que le permitía conservar un concepto de su identidad personal presente que coincidía con lo que había sido (Tobin, 1988).

Integridad frente a desesperación La última etapa de la teoría de Erikson es el conflicto psicosocial de *integridad frente a desesperación*. En esta perspectiva, los ancianos se preguntan si su vida ha correspondido a las expectativas que tenían. Los que ven hacia atrás y se sienten satisfechos del significado de su existencia y de haber hecho lo mejor posible adquieren un profundo sentido de integridad personal. Por el contrario, los que sólo ven una larga sucesión de errores, de oportunidades perdidas y de fracasos adquieren un sentido de desesperación. En teoría, la resolución de este conflicto incluye el predominio de la integridad matizada con una desesperación realista (Erikson y otros, 1986), lo cual contribuye a la sabiduría (vea el capítulo 18). Esta última permite a los ancianos preservar su dignidad y un yo integrado ante el deterioro físico e incluso ante la inminencia de la muerte.

En parte, el ajuste a la vejez comprende la necesidad psicológica de recordar los hechos pasados y de reflexionar sobre ellos. Los ancianos a menudo pasan tiempo buscando temas e imágenes que le den significado y coherencia a su vida. Algunas veces necesitan ordenar e interpretar los episodios y situaciones del pasado (Kübler-Ross, 1969; Neugarten, 1976). Algunos meditan sobre el legado que dejarán, las aportaciones que han realizado y la forma en que los recordará el mundo: por alguna obra de arte, por el servicio social, por los logros en el trabajo, por los hijos que procrearon y educaron o por la riqueza material que heredarán a sus hijos o a la comunidad. Muchos buscan en sus hijos y en sus nietos un legado donde perdurarán su personalidad y sus valores.

Una mujer de 85 años expresó con elocuencia algunas de las reflexiones, de las melancolías y expresiones de pequeños arrepentimientos que caracterizan a este proceso:

Si volviera a vivir, me atrevería a cometer más errores. Me relajaría. Sería más flexible. Sería más espontánea de lo que he sido hasta ahora. Tomaría menos en serio algunas cosas. Correría más riesgos. Viajaría más. Escalaría más montañas y nadaría más ríos. Comería más helados y menos guisantes. Quizá tendría más problemas ahora, pero también habría tenido menos problemas imaginarios.

Pues fui una de las personas que trataron de llevar una vida sana y equilibrada hora tras hora, día tras día. Claro que he tenido momentos de felicidad y, si volviera a vivir, tendría muchos más. Eso sería lo único que buscaría. Viviría sólo momentos, uno tras otro, en vez de vivir todos los días pensando en el futuro. He sido una de esas personas que nunca va a ningún sitio sin un termómetro, una botella de agua caliente, un paraguas y un paracaídas. Si tuviera que hacerlo de nuevo, lo haría con un equipaje más ligero.

Si pudiera volver a vivir, en la primavera saldría de mi casa sin zapatos y seguiría así hasta bien entrado el otoño. Asistiría a más bailes. Me subiría a más tirovivos. Cortaría más margaritas (Burnside, 1979a, página 425).

Continuidad y cambios en la vejez

Como hemos visto en capítulos anteriores, en su mayoría los teóricos contemporáneos suelen ver el desarrollo como un fenómeno permanente, de ahí que el ajuste a la senectud sea una extensión de los estilos anteriores de la personalidad. No obstante, aun en esta etapa de la vida los científicos difieren en cuanto a la cuestión de la continuidad y el cambio.

Los teóricos de las “etapas” piensan que en la vejez surgen nuevas estructuras u organizaciones de la vida, basadas en las etapas anteriores. Levinson (1978, 1986, 1996), por ejemplo, considera que hay un periodo de transición (de los 60 a los 65 años) que enlaza la estructura de la vida anterior con la senectud. Erikson ve en la integridad del yo (o la desesperación, su contrario) el resultado de un largo proceso de desarrollo (Erikson y otros, 1986). Peck (1968) considera la vejez como la resolución del conflicto entre la *trascendencia del ego* (alcanzar un estado de la mente que rebase las perspectivas personales de la muerte) y la *preocupación por el ego* (con la muerte) (vea el capítulo 15).

Otros teóricos advierten mayor continuidad aún de los ajustes y reacciones anteriores con el envejecimiento. Robert Atchley (1989) asegura que la continuidad ofrece identidad y el sentido de lo que somos. Tratamos de tener una conducta congruente porque nos hace sentirnos más seguros. La coherencia nos permite decir con confianza cosas como “Nunca comeré eso” o “Así soy yo”. Por lo demás, hay presiones externas que nos impulsan a la coherencia. Los demás esperan que nos comportemos de modo similar en distintas situaciones y se sienten incómodos cuando somos impredecibles. Sin embargo, Atchley se apresura a puntualizar que la continuidad no significa que no se den cambios en absoluto. Es evidente que cambian nuestros roles, nuestras capacidades y relaciones. Este cambio exige que modifiquemos nuestro comportamiento, nuestras expectativas e incluso nuestros valores. Para Atchley tales cambios corresponden a un “núcleo interno” relativamente constante con el cual nos definimos. A continuación examinaremos ese núcleo con mayor amplitud.

Personalidad ¿Se aplica a nosotros los adultos la siguiente descripción hecha por William James (1842-1910): “En casi todos nosotros, a los 30 años, el carácter se ha fijado como un yeso que nunca volverá a ablandarse...” (citado en Costa y McCrae, 1994)?

Por lo visto sí. Varios estudios longitudinales se han concentrado en la conservación de los rasgos o tipos básicos de la personalidad a lo largo de la adultez y han revelado el tipo de continuidad mencionado por James. En uno de ellos, Paul Costa y Robert McCrae (1989) evaluaron tres aspectos de la personalidad en un grupo de 2,000 hombres adultos. Primero, examinaron el *neuroticismo*, es decir, los grados de ansiedad, depresión, timidez, vulnerabilidad, impulsividad y hostilidad mostrados por los sujetos. En general, no observaron cambios reales del neuroticismo durante un periodo de 10 años. Los muy neuróticos solían quejarse de su salud; fumaban mucho; tenían problemas sexuales, financieros y de alcoholismo; se sentían insatisfechos con su vida. En particular, los más neuróticos tendían a ser hipocondríacos, lo que coincide con el estereotipo popular de los viejos. Pese a ello, las pruebas demostraron que probablemente habían sido hipocondríacos toda su vida (Costa y McCrae, 1985).

Segundo, los investigadores analizaron la *extroversión* frente a la *introversión*. Los extrovertidos son asertivos y comunicativos; buscan la emoción y la actividad. Los introvertidos son más propensos a la timidez y el retraimiento. En este estudio, los participantes muy extrovertidos por lo general conservaban esta

característica de su personalidad. Eran más felices y estaban más satisfechos con su vida que los muy introvertidos. Pero se registraba una pequeña transición a la introversión cuando las circunstancias les exigían depender más de la gente. Otros investigadores estudiaron la introversión y la extroversión por periodos más largos y llegaron a la conclusión de que muchos de los sujetos se habían vuelto más introvertidos al envejecer.

La tercera dimensión analizada fue la *apertura a las experiencias*. Los varones que eran abiertos presentaban una gama más extensa de intereses. Solían sentir con más profundidad los acontecimientos, tanto positivos como negativos. Se mostraban más satisfechos con la vida que los que eran más defensivos, cautos o conformistas. Este aspecto de la personalidad también se conservaba estable de la madurez a la senectud.

Muchas investigaciones han demostrado una coherencia general de la personalidad. Tenemos creencias o patrones organizados, congruentes e integrados acerca de nosotros y actuamos en formas compatibles con esta autoimagen. Cuando, a pesar de los cambios trascendentes de la vida, podemos juzgar que hemos obrado conforme a esa imagen, expresaremos más satisfacción con la vida y mayor autoestima. Desde luego, el autoconcepto es vulnerable a los sucesos y a los cambios importantes en la salud, la situación económica, la participación social, la clase social, el sexo, las condiciones de vivienda y el matrimonio. A su vez los cambios significativos del autoconcepto influyen en el sentido de bienestar (Thomae, 1980). Con todo, el envejecimiento en sí no parece afectar en forma directa al autoconcepto.

Aunque en la vejez ocurren unos cuantos cambios universales de personalidad, algunos han investigado si al envejecer existe algún patrón definido de cambio de la personalidad. En un estudio longitudinal (Gutman, 1964) se utilizó el Test de Apercepción Temática (TAT), en el que los sujetos inventan historias referentes a imágenes ambiguas y a partir de los relatos los investigadores deducen actitudes y sentimientos. Deseaban averiguar si se producían cambios consistentes a lo largo del periodo de 20 años que duró el estudio. Descubrieron que los varones de 40 años creían tener control sobre el ambiente y que obtendrían recompensas por ser osados y correr riesgos, se veían a la altura de los desafíos que les planteaba el mundo exterior. Por el contrario, a los varones de 60 años el mundo les parecía un lugar más complejo y peligroso que no podían cambiar a voluntad. Se veían como personas acomodaticias que se conformaban a su ambiente.

Estilos de afrontamiento La investigación que acabamos de comentar propone que las habilidades de afrontamiento decaen con los años; en cambio, otros trabajos interpretan de modo diferente los cambios y señalan que la gente adquiere mayor madurez en sus destrezas de afrontamiento (Valliant, 1977). Por ejemplo, ante el estrés aumenta una actitud de sabio distanciamiento y de humorismo. Otros investigadores sostienen que en el afrontamiento se dan diferencias relacionadas con la edad, pero que éstas dependen de las distintas tensiones que afectan a los ancianos y a los jóvenes (Folkman y Lazarus, 1980; McCrae, 1982). Las tensiones que ofrecen retos positivos (una promoción en el trabajo, por ejemplo) se hacen menos frecuentes con la edad. Aunque las pérdidas no aumentan mucho con los años, tal vez las que experimentan los ancianos estén más estrechamente relacionadas con su identidad y, por tanto, resulten más amenazadoras. De igual manera, con la edad cambia la naturaleza de los pequeños problemas que también causan estrés (Folkman y otros, 1987).

Algunos teóricos, comenzando con Jung (1933/1960), afirman que los estilos de afrontamiento de ambos sexos se modifican en diversas formas. Los hombres al parecer pasan de un estilo activo a uno pasivo. Tras una vida de responsabilidades y de toma de decisiones, se sienten libres para expresar más aspectos de la complejidad de su personalidad, entre otras cosas los rasgos considerados

tradicionalmente femeninos (Gutmann, 1969, 1975). Las personas muy ancianas pasan de la pasividad a un estilo denominado *dominio mágico*, en que encaran la realidad por medio de la proyección y la distorsión. Cuando las mujeres envejecen, se vuelven más agresivas, manipuladoras y dominantes conforme a los estereotipos masculinos. Quizá sea la forma en que ambos sexos responden al verse liberados del *imperativo parental*, o sea las presiones sociales para que la mujer acepte los roles de madre y los hombres asuman sus responsabilidades financieras y supriman los rasgos que choquen con ello (Gutmann, 1969, 1975).

También la investigación transversal indica que se operan cambios en los estilos de afrontamiento relacionados con la edad. Susan Folkman y sus colegas (1987) descubrieron que los adultos más jóvenes suelen utilizar estilos activos orientados a los problemas, mientras que los adultos de mayor edad son más pasivos y se concentran en las emociones. Por ejemplo, una anciana posiblemente dé poca importancia al accidente de tráfico que acaba de sufrir o lo vea desde un ángulo más positivo al decir “De todos modos ya era hora de deshacerme de ese automóvil” o “Por lo menos nadie resultó herido”. En cambio, una mujer más joven podría manejar la situación enfrentándose al otro conductor, anotando su nombre y domicilio, contactando a la compañía de seguros y estimando el costo de la reparación. Como en toda investigación transversal, podríamos atribuir estas disimilitudes a las diferencias de cohorte (vea el capítulo 1). Pero, en general, también la investigación longitudinal suele encontrar una continuidad en los estilos de afrontamiento conforme vamos envejeciendo (por ejemplo, McCrae, 1989).

En resumen, los ajustes en la senectud se parecen mucho a los que se dan en etapas anteriores. Adquirimos una identidad personal; producimos temas que persisten toda la vida. Cuando nos hacemos viejos, nuestras reacciones ante la senectud y ante las nuevas situaciones son individuales y compatibles con la identidad y los temas que nos hemos creado a lo largo de la existencia. En conclusión, en la vejez, el desarrollo de la personalidad consiste en hacer una interpretación de los acontecimientos y las reacciones ante ellos que concuerde con las reacciones de la vida pasada (Ryff, 1985).

Un envejecimiento exitoso

Llega el momento en que los ancianos deben afrontar los problemas del deterioro sensorial o de la enfermedad, tanto en su persona como en la de sus amigos y parientes. Muchos se ven obligados a encarar las realidades de un estatus más bajo, de la reducción de la productividad o de sus ingresos. Cuanto más tiempo vivan, mayores probabilidades habrá de que vean morir a amigos y miembros de la familia, entre ellos su cónyuge. Los problemas resultan abrumadores para algunos. Les preocupan la salud, las restricciones, los problemas y una disminución continua de la autonomía.

¿Qué es, pues, un envejecimiento exitoso? Primero, recuerde que la descripción anterior no es el patrón que predomina. Con harta frecuencia, el pensamiento estereotipado concerniente al envejecimiento pinta un cuadro pesimista que muchos aceptan y adoptan. En realidad, la mayoría de los longevos se percibe en una forma distinta y más positiva. Así, una encuesta reveló que, aunque muchos coincidían en que “la vida es realmente difícil para las personas mayores de 65 años”, por alguna razón ellos y sus amigos constituían la excepción a la regla (Harris y Associates, 1978).

Como observan Paul y Margaret Baltes (1990), el estadista romano Cicerón (106-43 a. de C.) escribió quizás el primer ensayo sobre los aspectos positivos del envejecimiento. Sostuvo que en la senectud podemos por fin disfrutar la vida y reflexionar sin que nos distraigan los “placeres corporales”. En esta etapa, la satisfacción con la vida y el ajuste dependen de múltiples factores, pero poco tienen que ver con la edad propiamente dicha (Larson, 1978). La salud es el factor



La mayoría de los ancianos debe enfrentarse al reconocimiento de su propia vulnerabilidad.

más importante, y después de ésta, el dinero, la clase social, el estado civil, una vivienda adecuada, el nivel de interacción social y hasta el transporte son factores que influyen de manera profunda en que uno sienta o no satisfacción con la vida. En etapas anteriores, esto también incide en la satisfacción que se sentirá en la vejez. Si bien la satisfacción con la vida es comparable entre los jóvenes y los viejos, las fuentes de la satisfacción pueden cambiar. Los primeros la obtienen en mayor grado con los logros y progreso en el trabajo, con el desarrollo personal y en otras áreas; a los segundos les basta conservar la capacidad de funcionar (Bearon, 1989). Además, muchos ancianos se refugian en la religión y en redes sociales más amplias para obtener apoyo y validación, como se comenta en el recuadro “Estudio de la diversidad” de la página siguiente.

La satisfacción en la vejez también depende de cómo definan los longevos un funcionamiento positivo. En un estudio realizado con 171 personas maduras y ancianas, Carol Ryff (1989) descubrió que ambas cohortes definían el bienestar psicológico a partir de una orientación al “otro”: interesarse por los demás, ser compasivo y tener buenas relaciones con la gente. Los ancianos también mencionaron la aceptación del cambio como una cualidad importante de un funcionamiento positivo.

Cuando Ryff y sus colegas (Heidrich y Ryff, 1993b) intentaron determinar por qué muchos ancianos mantenían una actitud positiva a pesar de la enfermedad y del deterioro de sus capacidades, se percataron de la importancia de la **comparación social**, la cual consiste en evaluar la propia persona y situación en relación con las de otros. Los ancianos que comparaban su situación con la de personas cercanas a ellos modificaban su punto de vista. Eran en particular las mujeres enfermas las que realizaban con más frecuencia la comparación social. Cuanto más positivos eran los resultados, mejor era su salud mental a pesar de sufrir graves problemas físicos. Es interesante señalar que las mujeres de peor salud mostraban los efectos más fuertes de la comparación social y lograban una adaptación psicológica semejante a la de las mujeres sanas: llegaban a percibirse en términos más positivos de lo que eran en realidad. Otro estudio (Heidrich y Ryff, 1993a) demostró que la comparación y la integración sociales —conservación de roles significativos, de directrices y de grupos de referencia— compensan los efectos negativos de la enfermedad y contribuyen a mantener el bienestar y a reducir al mínimo los problemas psicológicos.

En suma, no interrumpir actividades que realizamos bien y compensar en forma activa cualquier deterioro físico o mental son factores importantes de un envejecimiento exitoso (Schulz y Heckhausen, 1996; véase también el capítulo 16). Dicho con otras palabras, hay que evitar la enfermedad y la discapacidad, conservar el funcionamiento físico y cognoscitivo y, sobre todo, participar en actividades sociales y productivas (Rowe y Kahn, 1997). En conclusión, lo que será nuestra vejez depende de nosotros en gran medida.

comparación social Evaluación que hacemos de nosotros mismos y de nuestra situación en relación con otros.

REPASE Y APLIQUE

1. Explique el proceso de conservación de la identidad en la vejez y dé un ejemplo de cómo pueden mantener los ancianos una identidad estable ante los cambios importantes de su vida.
2. ¿Cómo se manifiesta en la vejez la crisis de integridad frente a la desesperación propuesta por Erikson?
3. ¿Cómo influyen en el ajuste al envejecimiento el tipo de personalidad y los estilos de afrontamiento? ¿Las investigaciones indican estabilidad o cambio en el tipo de personalidad entre la madurez y la senectud?
4. ¿Qué factores intervienen en un envejecimiento exitoso?

ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD

CÓMO SE ENVEJECE EN LA COMUNIDAD AFROAMERICANA

Se da una paradoja entre la difícil situación de muchos afroamericanos ancianos y su extraordinaria capacidad para mantener su bienestar psicológico a medida que envejecen. Nadie duda que los afroamericanos son más proclives que los blancos a vivir en la pobreza, a una escolaridad más baja, a tener hijos sin casarse y a recibir una atención médica de mala calidad. Con todo, encuesta tras encuesta se ha comprobado que muchos poseen recursos que les permiten encarar con éxito el envejecimiento, a menudo con mejores resultados que los blancos.

Los investigadores han identificado dos factores esenciales en que se basa la fuerza permanente de muchos afroamericanos: 1) oración y filiación a una confesión religiosa y 2) ayuda de la familia y de los amigos. "El valor adaptativo de estas dos estrategias", observa la investigadora Rose Gibson (1986), "hace que su ingreso a la vejez sea más una transición que una crisis".

Gibson basó su conclusión en un análisis de las versiones de las encuestas *Americans View Their Mental Health* correspondientes a 1957 y 1976, en las cuales se preguntaba a los entrevistados cómo resolvían sus problemas o preocupaciones. Se obtuvieron varios resultados importantes.

La encuesta demostró la importancia que la oración tiene en la vida de muchos afroamericanos. De hecho, suelen recurrir más que los blancos a la oración como fuente de ayuda y de consuelo. Este hallazgo se observó en 1957 y en 1976, cuando los afroamericanos usaron la oración con más frecuencia que cualquier otra estrategia de afrontamiento. Sin embargo, en 1976 la oración disminuyó en forma notoria entre los afroamericanos de edad madura. A diferencia de 1957, año en que una clara mayoría de afroamericanos maduros seguía recurriendo a la oración conforme envejecía, en 1976 muchos menos (27.3 por ciento) oraban para hacer frente a los problemas.

El uso de la oración en este sector de la población se debe, en parte, al influjo de la iglesia en la comunidad negra. Muchos afroamericanos acuden a la iglesia para recibir varios servicios sociales, lo mismo que para participar en las ceremonias. La investigación indica que recurren más a su iglesia en busca de asistencia práctica, sobre todo cuando la comunidad les ofrece poca ayuda (Haber, 1984; Hirsch y otros, 1972). Por ello, los afroamericanos ancianos buscan en la iglesia apoyo práctico y en la familia apoyo emocional (Walls, 1992). Los que obtienen mucho apoyo de la iglesia y de la familia suelen sentirse mejor que los que reciben un apoyo moderado.

La encuesta revela un patrón de búsqueda informal de ayuda entre varios

miembros de la familia y entre los amigos. A diferencia de 1957 y en 1976 cuando los blancos estaban más propensos que los negros a recurrir a una red interna en momentos de preocupación, la persona a quien recurrían era generalmente el cónyuge o un miembro de otra familia. Por el contrario, en 1957 los afroamericanos solían recurrir más a amigos en busca de ayuda, y a una combinación de miembros de la familia en 1976. De acuerdo con Gibson (1987): "Acudir a varios miembros de la familia para recibir ayuda en los problemas parece que aumenta conforme los negros pasan de la madurez a la vejez". Esta red informal de apoyo social influye de manera profunda en la vida de los afroamericanos ancianos de bajos ingresos, quienes recurren a parientes de la segunda y tercera generaciones para recibir la ayuda física y emocional que necesitan durante esta etapa de la vida (Luckey, 1994).

Así pues, aunque los afroamericanos ancianos sufren más problemas en su vida y poseen menos recursos económicos en la vejez, consiguen un enorme consuelo y respaldo en su familia, en los amigos y en la oración. Con todo, conviene recordar que este sentido de bienestar psicológico no puede substituir a una adecuada asistencia económica o social. No obstante la paz interior que sienten, la escasez de recursos continúa afligiendo su vida.

La jubilación: un cambio radical del estatus

Una de las tareas primarias del envejecimiento consiste en adaptarse al retiro. Tradicionalmente este ajuste afectaba mucho más a los hombres que a las mujeres por la mayor participación masculina en la fuerza de trabajo. Sin embargo, durante los últimos 30 años las diferencias de género cambiaron en forma extraordinaria a medida que más mujeres ingresaron y permanecieron en la fuerza de trabajo hasta el momento de jubilarse. En el pasado, el retiro era la culminación de una carrera larga y estable. También eso ha cambiado (vea el capítulo 15). En la actualidad, son muchos los trabajadores que no permanecen en el mismo puesto ni trabajarán para la misma empresa a lo largo de su vida laboral, situación que a menudo tiene un impacto negativo en su situación socioeconómica después del retiro (Hayward y otros, 1998). En efecto, el retiro voluntario es uno de los

factores que influye más directamente en la vida futura de los jubilados (Reitzes y otros, 1996); ésta será muy diferente si se les obliga a hacerlo por su edad, si son desplazados por una persona más joven o si se realiza una reestructuración.

Sin embargo, en ambos casos la jubilación es un cambio significativo de estatus en la vejez. El trabajo ofrece una estructura de vida, un programa diario. Ofrece compañeros y otras personas con quienes interactuar con regularidad. También ofrece roles y funciones, lo que favorece la identidad personal, de ahí que la jubilación exija un ajuste considerable.

El jubilado no sólo debe encontrar en qué ocupar el mayor tiempo libre disponible. Debe elegir opciones, hacer negociaciones y determinar patrones de afrontamiento compatibles con los significados que ha adoptado; en efecto, cada cual se crea su propia realidad social cuando se retira; y la facilidad con que adopte el nuevo rol depende de varios factores. Es probable que la transición sea muy difícil si el retiro fue repentino y drástico o si la identidad ha estado ligada estrechamente a un rol ocupacional.

Condiciones físicas, económicas y sociales

El patrón de la jubilación y el ajuste correspondiente son resultado de muchos factores: salud física, nivel económico, actitudes de los otros y la necesidad de una realización que se relacione con el trabajo. Como veremos, el hombre y la mujer a menudo encaran circunstancias diferentes cuando se retiran.

Salud física La salud es una consideración importante que influye en la forma en que se reacciona ante la jubilación. Muchos ancianos abandonan la fuerza laboral —por voluntad propia u obligados a ello— por una mala salud. Una investigación de un numeroso grupo de varones que estaban a punto de jubilarse (Levy, 1978) reveló que quienes mejor se adaptaron fueron los que querían retirarse y gozaban de buena salud. A aquellos que estaban enfermos les fue mal, sin importar si deseaban o no retirarse. Este resultado tal vez se deba a que la jubilación muchas veces ocurre de manera repentina para quienes están enfermos (Ekerdt y otros, 1989). Por eso, están menos preparados en lo económico y psicológico que los que disponen de suficiente tiempo para prever

Quienes se jubilan estando saludables llevan una vida mejor que aquellos que se retiran por una enfermedad.



y planear ese momento. Más aún, los gastos médicos representan una carga financiera, sobre todo si sufren alguna discapacidad; los jubilados que padecen alguna discapacidad necesitan mucho más el seguro social que el resto (Social Security Administration, 1986). Los beneficios del seguro representan hasta 67 por ciento del ingreso de estas personas, pero apenas 50 por ciento del ingreso de los no discapacitados ni casados.

A menudo cambian las actitudes durante los primeros años del retiro (Levy, 1978). Se comprobó que los varones sanos que no están dispuestos a jubilarse rápidamente se manifiestan insatisfechos, se alejan de la sociedad y suelen mostrarse amargados e irritables. Con el tiempo se recobran y poco a poco adoptan actitudes similares a las de quienes desean jubilarse. En cambio, la actitud de quienes están enfermos en el momento de jubilarse mejora poco con el tiempo, aun cuando esperaban con ansias el retiro.

Nivel económico El nivel económico es otro factor importante que incide en el ajuste del jubilado a una nueva forma de vida. Contra lo que se cree, los ancianos estadounidenses tienen suficiente dinero para vivir. En términos de valor neto, suelen tener más dinero que los jóvenes adultos (Radner, 1989). Pero 10.5 por ciento vive por debajo de la línea de pobreza (U.S. Census Bureau, 1997). Es un porcentaje más bajo que el de los adultos jóvenes, pero encubre la situación de algunos subgrupos de longevos. La pobreza es mucho más probable entre los solteros que entre los casados (Radner, 1989). Y lo mismo podemos decir de los miembros de grupos minoritarios (Dressel, 1988; Jackson, 1985). Por ejemplo, 27 por ciento de los ancianos hispanos vive por debajo de la línea de pobreza (Ford Foundation, 1989). La pobreza es más común entre las mujeres que entre los varones. Viven en la pobreza más de 25 por ciento de las ancianas solteras de raza blanca. Las que sufren la discriminación que acompaña al hecho de ser mujer y pertenecer a un grupo minoritario están más propensas a la pobreza. En esa situación se halla más de 60 por ciento de las ancianas negras solteras (Ford Foundation, 1989). Además, los ancianos tienen menos probabilidades de escapar de la pobreza que los jóvenes. Esta tendencia se observa sobre todo cuando llevan más de tres años en tales condiciones. La mayoría de los adultos pobres mejorarán su estado en un lapso de 10 años, mientras que sólo 5 por ciento de los ancianos lo consiguen (Coe, 1988).

Necesidad de la realización en el trabajo Como ya vimos, la actitud que tengamos ante el trabajo influye también en lo que pensemos de la jubilación. En algunos segmentos de la sociedad moderna se observa una devoción casi religiosa por éste (Tilgher, 1962). Muchos varones han dedicado tanto tiempo y energía a su trabajo que su autoestima general y su sentido de valor personal dependen del tipo de trabajo desempeñado. Para muchos, las actividades recreativas son superficiales y, por lo mismo, no tienen significado. En un sentido muy real, la jubilación para estos hombres significa abandonar la vida anterior. Y desvincularse les parece muy difícil a quienes nunca han encontrado satisfacción alguna fuera de su trabajo en pasatiempos, en la lectura, en la educación continua o en la participación en asociaciones cívicas. El problema empeora entre los que tienen baja escolaridad o problemas económicos y en los que participan poco en actividades sociales o políticas; pero también a los profesionales y a los ejecutivos les resulta difícil encontrar algo que hacer al disponer de tanto tiempo libre. Entre otras cosas, a ello se debe el gran número de personas que siguen trabajando de medio tiempo luego de retirarse (Quinn y Burkhauser, 1990).

¿Diferencias de género en el retiro? Antes de la década de 1980 las investigaciones que incluían a ambos sexos (y, en algunos casos, sólo a mujeres) registraban resultados similares a los de las investigaciones anteriores en las que participaban nada más hombres: factores como buena salud, seguridad

económica y un grado de escolaridad elevado predicen un ajuste positivo en unos y otras (Atchley, 1982; Block, 1981). Por desgracia, sin embargo, muchas mujeres perciben sueldos más bajos y a menudo gozan de menos seguridad financiera después de jubilarse, sobre todo si son solteras o si han enviudado o se han divorciado recientemente. Además, su satisfacción después del retiro disminuirá mucho si tuvieron que retirarse para cuidar a un cónyuge o progenitor enfermos.

Por lo demás, es común creer que las mujeres se adaptan al retiro con mayor facilidad que los varones, ya que muchas han interrumpido el trabajo en otras ocasiones y, en consecuencia, ya saben lo que significa vivir desempleadas. Sin embargo, las pruebas experimentales no ofrecen gran sustento a esta idea. De hecho, en un estudio se descubrió que la adaptación a la nueva situación era más sencilla para las mujeres que habían trabajado sin interrupción durante gran parte de su vida (Block, 1981). Pero, en términos generales, esas mujeres tenían mayor seguridad financiera y estaban mejor preparadas para el retiro que las que habían tenido una experiencia laboral intermitente.

La decisión de jubilarse

Desde luego que la jubilación no es intrínsecamente perjudicial para la salud. En realidad, casi una tercera parte de los retirados dicen que su salud mental y física mejoró en el periodo inmediato posterior a la jubilación. Otro 50 por ciento no menciona cambio alguno. Por lo regular, muchos recién jubilados sienten que ha aumentado su satisfacción con la vida (Ekerdt, 1987).

Preparación para la jubilación Como hemos señalado, ajustarse al retiro es más fácil si uno se ha venido preparando. Según una teoría (Thompson, 1977), la preparación consta de tres elementos:

1. *Desaceleración.* A medida que la gente envejece, comienza a abandonar o disminuir sus responsabilidades laborales a fin de evitar una reducción abrupta de su actividad en el momento de jubilarse.
2. *Planeación de la jubilación.* La gente planea con detalle la vida que llevará una vez que se retire.
3. *Vida de jubilado.* La gente encara los problemas que entraña dejar de trabajar y reflexiona sobre cuál será su vida de jubilado.

Algunas empresas cuentan con consejeros de la jubilación que guían a los empleados a lo largo del proceso y les ayudan a decidir el mejor momento para ello. Se tienen en cuenta varios factores concretos (Johnson y Riker, 1981). ¿Cuánto tiempo trabajaron? ¿Cuentan con bastantes ahorros e ingresos, un lugar donde vivir y planes de trabajo o actividades futuras después de jubilarse? ¿Tienen suficiente edad para pensar en el retiro? Algunos consejeros llaman a las respuestas a estas preguntas índice de **madurez para la jubilación** —es decir, el nivel de preparación de un individuo para tomar esta decisión. En general, las personas más maduras muestran actitudes positivas hacia la jubilación y se adaptan a ella con mayor facilidad.

Opciones de jubilación Por supuesto, el total abandono del trabajo no es la única opción para las personas de edad avanzada. Algunos expertos opinan que la sociedad quizá sufra escasez de mano de obra en el futuro (Forman, 1984), que tal vez esté perdiendo de manera innecesaria empleados talentosos y productivos y que el aumento de este sector de la población impondrá una fuerte presión en los planes futuros de pensiones (Alsop, 1984; Wojahn, 1983). Por tanto, quizás hagan falta soluciones creativas para las personas mayores, como el trabajo de medio tiempo o empleos que exijan menos esfuerzo físico. En Estados Unidos, había pocos o nulos incentivos económicos para que los ancianos permanecieran en la fuerza laboral; pero los cambios a las normas del

seguro social han reducido el costo de que sigan trabajando de medio tiempo (Quinn y Burkhauser, 1990).

Los programas piloto para emplear a jubilados han dado frutos extraordinarios. Por ejemplo, se ha contratado a hombres de negocios retirados para que entren a empleados jóvenes e inexpertos. Otra posibilidad consiste en capacitar a los ancianos para que trabajen con niños discapacitados. Ahora empiezan a explorarse otras opciones (Donovan, 1984; Kieffer, 1984). Cuando analizamos cómo ha cambiado la jubilación en los últimos 50 años y cómo tenderá a hacerlo en el futuro, nos damos cuenta de la conveniencia de ver la jubilación dentro de un contexto histórico. En 1950 cerca de la mitad de los varones mayores de 65 años seguían trabajando; en cambio, en 1995 apenas 12 por ciento de este grupo de edad seguía haciéndolo o buscaba trabajo (Quinn y Burkhauser, 1990; Kaye y otros, 1995). En parte, muchas de las decisiones de jubilación temprana se deben al aumento de beneficios del seguro social, a los fondos de retiro y a las pensiones. Los que siguen trabajando después de jubilarse suelen trabajar de medio tiempo o trabajar por su cuenta más que los adultos jóvenes (Quinn y Burkhauser, 1990).

Pero si se mantienen las tendencias económicas actuales, menos personas tendrán la opción de una jubilación temprana en los años por venir. Según las predicciones de los expertos, en Estados Unidos muchos de los 76 millones de *baby boomers* (generación de la posguerra) se verán obligados a continuar trabajando hasta los 70 años o más porque no podrán darse el lujo del retiro. De acuerdo con la Comisión para el Desarrollo Económico, varios factores presionan a ese sector de la población para que no deje el empleo; a saber: la decisión del gobierno de aumentar la edad mínima para recibir los beneficios del seguro social, la incertidumbre que rodea al sistema del seguro social y los bajos niveles de ahorro de los *baby boomers* (Kaye y otros, 1995).



El trabajo de medio tiempo representa una solución creativa para los ancianos que no han perdido su productividad ni su talento.

REPASE Y APLIQUE

1. Describa los factores que influyen en cómo reaccionamos ante la jubilación.
2. ¿Cómo podemos prepararnos para la jubilación? ¿Cómo puede la sociedad ayudarnos a hacerlo?

Relaciones familiares y personales

Un cambio de estatus relacionado con la edad, tan importante como la jubilación, son las alteraciones que ocurren en las relaciones familiares y personales, las cuales a menudo consisten en enfrentar la enfermedad y la muerte y en iniciar una nueva vida como viudo o viuda.

En todo periodo de la vida, el contexto social de la familia y las relaciones personales contribuyen a definir nuestros roles, responsabilidades y satisfacciones con la vida. En el mundo moderno, el contexto social ha ido cambiando tanto para los ancianos como para los jóvenes. En la actualidad son más comunes el divorcio y las segundas nupcias. Se han vuelto más complicadas las relaciones de parentesco con los nietos y los nietos políticos. Asimismo, los solteros tienen una mayor variedad de estilos de vida. Con todo, las relaciones interpersonales siguen definiendo muchas de las tensiones y satisfacciones de la vida en la senectud. Examinaremos esas relaciones concentrándonos primero en el periodo “posparental” y luego en la función que muchos adultos cumplen cuando cuidan al cónyuge enfermo o en fase terminal. También hablaremos de la importancia del apoyo que dan los hermanos y los amigos.



Las parejas de edad avanzada, ya sin las responsabilidades del trabajo ni de los hijos, a menudo mencionan que sienten mayor satisfacción y armonía.

Cuando termina la paternidad/maternidad

La satisfacción conyugal cambia a menudo en el periodo posparental, lo mismo que las relaciones con hijos y nietos. En la vejez casi siempre terminan las responsabilidades de la paternidad/maternidad (suponiendo que haya habido hijos). Por lo regular, los matrimonios de edad avanzada dicen sentirse más satisfechos con su vida conyugal después que los hijos se marchan. En un principio surgen algunas dificultades para ajustarse a la pareja, pero la mayoría de las que no se divorcian mencionan menos estrés y una mayor satisfacción y armonía (Lee, 1988; Olson y Lavee, 1989). Los que obtienen una satisfacción por encima del promedio suelen ser aquellos cuyo matrimonio ocupa el centro de su vida. El matrimonio les procura ahora más comodidad, apoyo emocional e intimidad. Los matrimonios felices que perduran hasta la vejez son más igualitarios y cooperativos. Se observa una igualdad razonable respecto del amor, del estatus y el dinero (Reynolds y otros, 1995). Los roles de género tradicionales pierden importancia (Troll y otros, 1979).

Relaciones con los hijos y con los nietos A pesar de la gran movilidad y del cambio social, la mayoría de los ancianos mantiene un contacto relativamente frecuente con sus hijos y sus nietos, si no en forma personal al menos por teléfono. Casi siempre sienten la responsabilidad de ayudar a sus hijos cuando lo necesitan, aunque procuran no entrometerse en su vida (Blieszner y Mancini, 1987; Greenberg y Becker, 1988; Hagestad, 1987). Aparte de los consejos, solicitados o no, los progenitores prestan a sus hijos varias clases de ayuda, como dinero o su servicio para cuidar a los hijos.

A menudo el papel de abuelos (vea el capítulo 15) es visto como uno de los roles más satisfactorios de la vejez. La investigación revela que muchos abuelos establecen relaciones sólidas y de camaradería con los nietos. Estos vínculos, que se basan en el contacto regular, constituyen la base de relaciones estrechas y afectuosas (Cherlin y Furstenberg, 1986).

Más de 40 por ciento de los ancianos estadounidenses tienen bisnietos (Doka y Mertz, 1988). En general, a los bisabuelos les agrada su rol y le dan una importancia emocional. Les procura el sentido de renovación personal y familiar, una nueva distracción en su vida y un signo de longevidad que los enorgullece (Doka y Mertz, 1988). Por eso, a veces disfrutan de un estatus especial en la familia.

Con todo, los patrones del parentesco han sido objeto de presión y han cambiado en los últimos años. Los índices elevados de divorcio y de segundas nupcias los han hecho más complejos. No debe sorprendernos, pues, que los abuelos a menudo se sientan más cercanos a sus nietos cuando el hijo adulto tiene la patria potestad. Algunos piensan que tienen la obligación de ayudar a mantener la estabilidad y el sentido de los valores durante los periodos de desunión familiar (Johnson y Barer, 1987).

Cuidado del cónyuge enfermo

Aunque la mayoría de los ancianos no necesita mucha ayuda en su vida cotidiana, los que sí la requieren acuden principalmente a su familia (Gatz y otros, 1990; Stone y otros, 1987). Si sobrevive el cónyuge, seguramente se encargará de los cuidados; las esposas suelen hacerlo más que los maridos. Por tanto, el cuidador suele ser una persona mayor con problemas de salud. En una encuesta realizada en Estados Unidos, la edad promedio del cuidador era un poco más de 57 años, con 25 por ciento en el intervalo de entre 65 y 74 años y con un 10 por ciento por arriba de los 75 (Stone y otros, 1987).

Las esposas sufren mayor tensión que los maridos en estos cuidados, aunque algunos estudios indican que las diferencias son pequeñas (Miller, 1990). Probablemente intervengan muchos factores: la investigación señala que uno

de éstos puede ser el cambio de roles de género que se da en la vejez (Pruchno y Resch, 1989). A medida que los varones se sienten más orientados a la familia, su interés por ofrecer estos cuidados puede ser mayor que el de las mujeres, quienes piensan quizá que ya dedicaron casi toda su vida a atender a otros. Pero también es posible que las diferencias de estrés que sufre el cuidador se deban a factores como la mayor disposición de la mujer a admitir que tiene problemas médicos o psicológicos (Miller, 1990).

Cuidar a un paciente que sufre la enfermedad de Alzheimer supone tensiones especiales, sobre todo cuando su conducta se vuelve desorganizada o socialmente embarazosa (Deimling y Bass, 1986). Además, estos cuidadores por lo regular no cuentan con sistemas de apoyo tan eficaces como los que atienden a quienes sufren trastornos físicos, pero no mentales (Birkel y Jones, 1989). Ni siquiera los programas organizados de descanso parecen ser muy útiles (Lawton y otros, 1989). Sin embargo, pese al estrés y a las tensiones, los cuidadores afirman que se sienten muy satisfechos al atender a alguien que significó tanto para ellos (Motenko, 1989).

Viudos y viudas

En la vejez muchas veces muere un miembro cercano de la familia, un amigo o el cónyuge, pérdida que suele caracterizarse por duelo y luto, seguida de un periodo de reajuste (como veremos en el capítulo 18). Los hombres y mujeres cuyo cónyuge fallece también adoptan un nuevo estatus de vida, el de viudo o viuda. Algunas veces se trata de una transición difícil que supone cambios radicales en los patrones de vida y el riesgo de aislamiento social. Otras veces brinda la oportunidad largamente esperada de asumir el control de la propia existencia, sobre todo si llevan mucho cuidando al cónyuge enfermo.

En Estados Unidos las viudas triplican a los viudos, cerca del 42% en 2006 (vea la figura 17-1). Además, casi todos los ancianos están casados, no así las ancianas. A los 85 años, cuatro de cada cinco mujeres han enviudado (U.S. Census Bureau, 1993). Las cifras anteriores se deben en parte a la longevidad. En promedio, las viudas sobreviven 50 por ciento más que los viudos tras el fallecimiento del cónyuge (Burnside, 1979).

Formas de vida Las estadísticas que acabamos de citar significan soledad para muchos ancianos, pero la independencia obligatoria que experimenta la

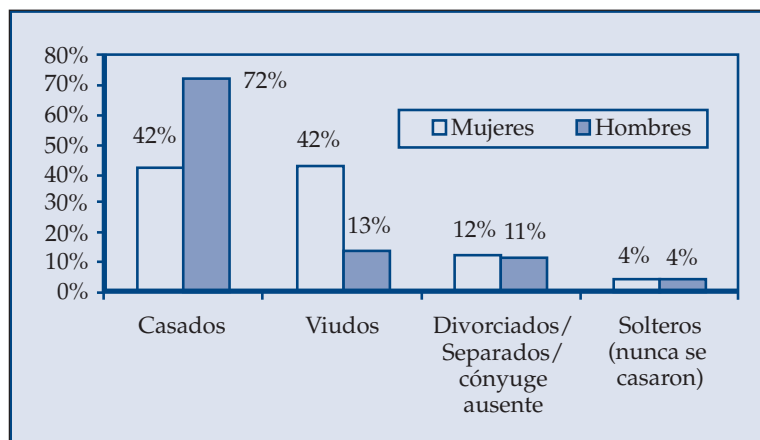


Figura 17-1

Estado civil de las personas mayores de 65 años, 2006

Fuente: Department of Health & Human Services, U.S. Administration on Aging.

mujer es muy distinta de la del hombre. Igual que en el divorcio, tras la muerte del marido las mujeres de todas las edades suelen volverse a casar menos; las ancianas tienen por lo regular una probabilidad ocho veces menor que los hombres de contraer nuevas nupcias (Burnside, 1979). Esta tendencia se debe en parte a que el mundo occidental favorece tradicionalmente los matrimonios entre un hombre de edad avanzada y una mujer joven, lo cual explica en parte la cantidad desproporcionada de viudas: los esposos ancianos mueren antes. En parte, también se explica por el hecho de que hay menos hombres disponibles pues las mujeres viven más tiempo. De las estadounidenses mayores de 65 años, casi la mitad son viudas y más de 40 por ciento de ellas viven solas; otro 40 por ciento vive con su marido; de los estadounidenses mayores de 65 años, apenas 15 por ciento de ellos son viudos y menos de 20 por ciento viven solos; casi todos siguen casados y viven con su esposa. Un estudio reveló que, entre los octogenarios, 10 por ciento de las mujeres estaban casadas y que cerca de dos terceras partes vivían solas; en cambio, 50 por ciento de los hombres estaban casados y menos de la mitad de ellos vivían solos (Barer, 1994). En general, unos 9.5 millones de ancianos viven solos y ocho de cada 10 son de sexo femenino. Así pues, el temor morboso a la viudez que algunas veces se observa en las mujeres maduras y ancianas tiene su origen en la realidad (vea la figura 17-2).

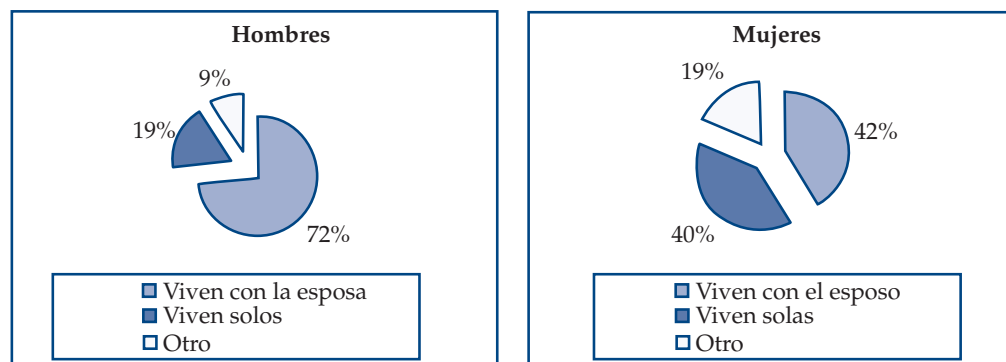
Hay muchas realidades prácticas y psicológicas que los viudos y las viudas han de afrontar si viven solos. Deben hacer las compras diarias, mantener el contacto social y encargarse de las decisiones financieras. Algunos ven en ello una buena oportunidad; otros tienen problemas porque su cónyuge siempre se había ocupado de ciertos asuntos, como las finanzas de la familia.

Apoyo social Tanto los viudos como las viudas disponen de muchos sistemas de apoyo potencial: la familia, los amigos, los compañeros de trabajo (o ex compañeros) y los participantes en las actividades recreativas (Lopata, 1979). La mayoría de los ancianos estadounidenses tienen por lo menos un hijo que vive a unas 10 millas de ellos; los hijos adultos que se han marchado suelen retornar cuando sus padres necesitan ayuda (Lin y Rogerson, 1995). Es probable que las madres y los padres reciban ayuda de sus hijos, sobre todo si tienen hijas (Spitze y Logan, 1989, 1990). Un padre viudo posiblemente visite con menos frecuencia a sus hijos que una madre viuda, aunque la diferencia suele ser pequeña (Spitze y Logan, 1989). Tras el fallecimiento del cónyuge aumentan el contacto, la ayuda y la percepción de las obligaciones del parentesco. A veces se deterioran las relaciones entre el progenitor sobreviviente y sus hijos. Pero con el tiempo la relación entre madre e hijo mejora o permanece muy estrecha, con

Figura 17-2

Forma de vida de los ancianos mayores de 65 años por género, 2006

Fuente: Department of Health & Human Services, U.S. Administration on Aging, 2007.



intercambios de ayuda y de finanzas. Las relaciones entre padre e hijo son menos predecibles y pueden verse afectadas de manera negativa. En tales casos, la esposa ha sido a menudo el guardián de la familia (Aquilino, 1994).

A las viudas les cuesta menos mantener la vida social, ya que por tradición conservan comunicación con los miembros de la familia e inician actividades sociales con los amigos (Lopata, 1975; Stevens, 1995). En consecuencia, es más probable que los viudos se aislen de los contactos sociales del matrimonio. Suelen ser menos activos en las organizaciones sociales. Por último, son vulnerables a ciertos problemas sexuales una vez concluido el duelo. Los intentos de poner fin a una prolongada inactividad sexual, en especial cuando la esposa muere tras una larga enfermedad, pueden ocasionar un intenso sentido de culpa y esto a su vez produce una forma de impotencia denominada *impotencia del viudo* (Comfort, 1976).

Así pues, casi siempre varía mucho la forma en que hombres y mujeres se adaptan a la viudez. Los resultados de dos estudios efectuados en los Países Bajos, en los que se entrevistó a ancianos y ancianas que llevaban de tres a cinco años de viudos y que vivían solos, revelan que los viudos por lo general tienen ingresos más elevados, cursaron estudios superiores, no sufren problemas de salud y tienen acceso a más relaciones afectivas que las viudas. Pero también les es más difícil afrontar los problemas emocionales que a las viudas, quienes por lo general cuentan con una red más amplia de apoyo que abarca amigas, hijos y vecinos serviciales (Stevens, 1995). Los viudos más solitarios son los que tienen pocos hijos o ninguno, los que enviudaron en forma repentina y temprana, y los que llevan por lo menos seis años en esa situación (Lopata y otros, 1982).



Las viudas que se adaptan bien a su nueva vida por lo general cuentan con una amplia red de apoyo formada por amigas íntimas.

Hermanos y amigos

Muchos ancianos dan cuenta de un mayor interés y contacto con los hermanos. Las relaciones que se distanciaron en el ajetreo de la madurez, algunas veces se renuevan y se revitalizan. Los hermanos comparten la casa, ofrecen consuelo y apoyo en momentos de crisis, y se ayudan mutuamente en caso de enfermedad. Son compañeros valiosos porque el tipo de recuerdos que comparten favorece la integridad del yo. Colaboran para organizarse y ayudar a los padres enfermos (Goetting, 1982). Además, con su apoyo la viuda se recobra del duelo tras la muerte del marido y recupera el bienestar. Las investigaciones demuestran que la ayuda que la viuda recibe de sus hermanos depende de diversos factores, entre lo que se cuentan el sexo, el estado civil y la proximidad de ellos y de sus propios hijos. En ocasiones las relaciones más útiles son las que existen entre una viuda y las hermanas casadas (O'Bryant, 1988).

Por supuesto, las relaciones entre hermanos no siempre son suaves y compatibles. Sin embargo, al menos un mínimo de responsabilidad familiar entre ellos suele formar parte de la red social de los ancianos. La red es muy importante para quienes viven solos o necesitan cuidados y atención, pero que no tienen hijos mayores.

Como vimos en el capítulo 15, las amistades ofrecen gran estabilidad y satisfacción para los casados y los solteros. Con todo, se han descubierto distinciones claras en los estudios en los que se comparan las amistades con las relaciones familiares. La mayoría de los longevos consideran permanentes las relaciones de parentesco. Podemos recurrir a los familiares cuando queremos un compromiso a largo plazo; no podemos exigirle lo mismo a un amigo. La visión predominante es que los amigos ayudarán en una situación de emergencia —digamos una enfermedad repentina—, pero que los parientes deben asumir la responsabilidad de un problema prolongado (Aizenberg y Treas, 1985). Sin embargo, los amigos cobran especial importancia para los que carecen de hermanos. Las

amistades son además fuente importante de apoyo social para los ancianos que viven en comunidades de retiro (Potts, 1997).

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Cuáles son algunos de los patrones característicos de las relaciones durante el periodo posparental?
2. Analice algunos de los principales ajustes que han de hacer el viudo o la viuda.
3. Caracterice las relaciones entre hermanos durante la vejez.

La política social y los ancianos

Si bien la estabilidad y el cambio de personalidad, la jubilación, las relaciones familiares y personales son problemas que los ancianos encaran como individuos, sus necesidades tienen además consecuencias para la política social.

La estructura demográfica de este sector de la población influye en la política social que los afecta. Esta última es importante sobre todo para los débiles, quienes a menudo dependen de alguien que los cuida. Con frecuencia, la política social significa opciones de estilos de vida para ellos.

Demografía del envejecimiento en Estados Unidos

Como se observa en la figura 17-3, en Estados Unidos la demografía de la población anciana ha cambiado de manera notable desde 1900 y seguirá haciéndolo conforme avancemos al año 2050. En 1900 había apenas 3.1 millones de ancianos —o sea aproximadamente una de cada 25 personas—, mientras que en 1990 había 31.1 millones, es decir, una de cada ocho personas. Se calcula que en el año 2050 este segmento de la población llegue a 79 millones de personas y que represente uno de cada cinco estadounidenses (U.S. Census Bureau, 1993). Se prevé que muchos de ellos se mantengan sanos después de los 70 años.

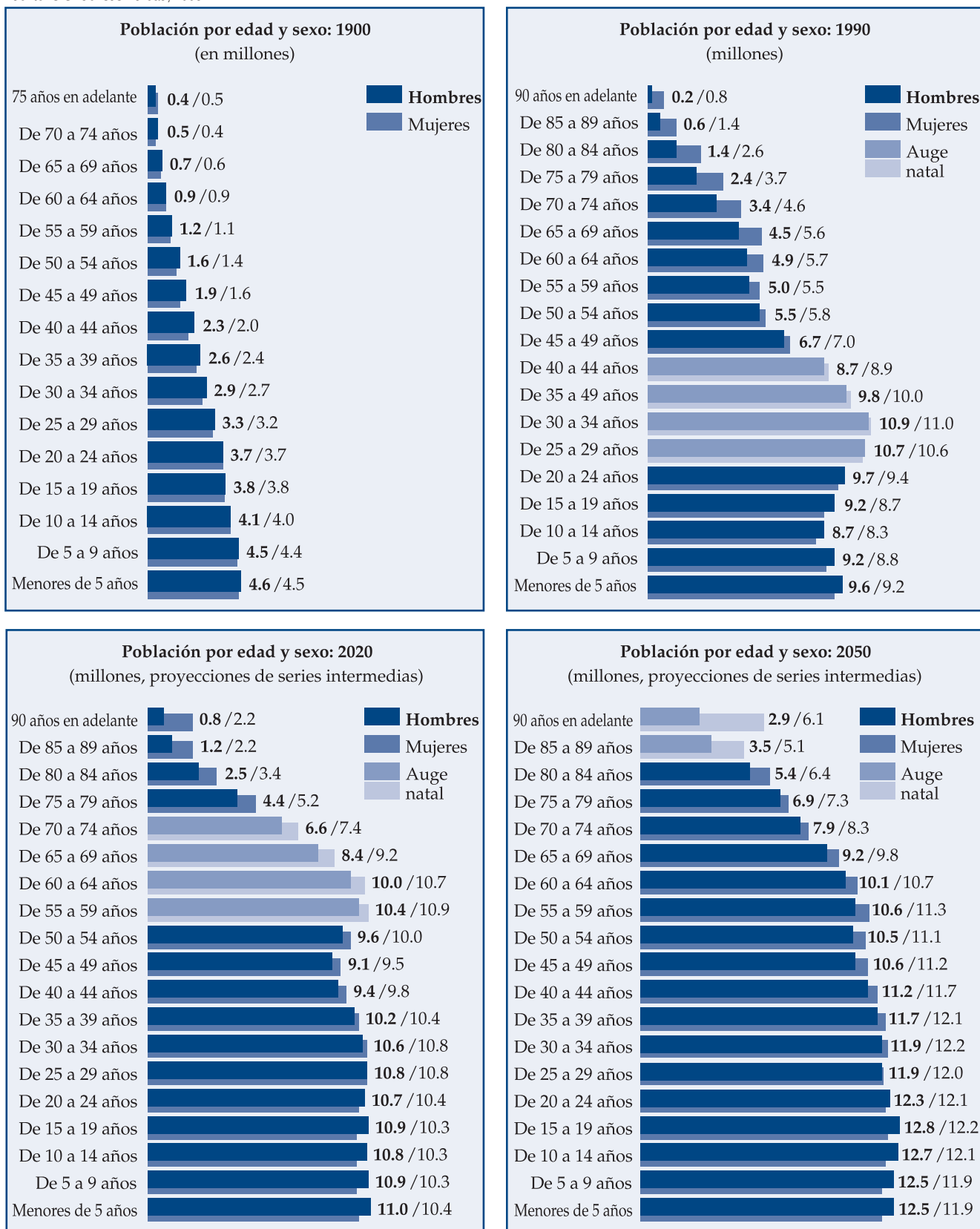
El segmento de más rápido crecimiento de esta población tiene 85 años o más. A diferencia de la población general que aumentó 30 por ciento en los últimos 35 años, la población de 85 años en adelante creció 232 por ciento durante el mismo periodo. En la actualidad, los nonagenarios representan 1.2 por ciento de la población total, cifra que podría llegar casi 10 por ciento en el año 2050 (Angier, 1995). Aun cuando la mayoría sostiene que este cambio demográfico impondrá una enorme carga financiera al sistema de atención médica, en particular al programa Medicare (programa de atención médica para mayores de 65 años), los datos actuales indican que los nonagenarios son acaso las personas más sanas en este grupo de edad. Richard Suzman, del Instituto Nacional para el Estudio del Envejecimiento (National Institute of Aging), explica: “Parece haber un proceso selectivo; y una vez que ha pasado lo peor, empieza una trayectoria menos acentuada hacia la discapacidad” (citado en Angier, 1995). Más aún, los nonagenarios suelen morir pronto a causa de enfermedades como la neumonía y es menos probable que sufran una hospitalización prolongada que los sexagenarios o septuagenarios.

Cuando los investigadores de la Dirección de Financiación para la Asistencia Médica (Health Care Financing Administration) calcularon el impacto que el aumento de la longevidad significa para los gastos del programa Medicare,

Figura 17-3

En los últimos 150 años, la población de ancianos en Estados Unidos creció de uno de cada 25 habitantes a uno de cada cinco.

Fuente: U.S. Census Bureau, 1993.



descubrieron que el aumento de la esperanza de vida no ejerce un gran impacto financiero en el sistema (Angier, 1995). Más bien es el tamaño mismo de la cohorte de los *baby boomers* —el elevado número de personas que llegarán a los 65 años o más durante los próximos 25 años— lo que supuestamente aumentará en 98 000 millones de dólares los costos anuales del programa (Angier, 1995).

Aunque en la actualidad la mayoría de los más viejos son de raza blanca, en los próximos años aumentará la diversidad étnica y racial de este grupo de edad. Se prevé que para el año 2050, el porcentaje de adultos blancos disminuya de su nivel de 87 por ciento de 1990 a 67 por ciento, conforme otros grupos vayan representando una proporción mucho mayor de la población longeva (vea la figura 17-4).

A medida que va creciendo la población de edad avanzada, se presta más atención a la calidad de los servicios destinados a ella. Sólo una pequeña fracción del total de ancianos es frágil y necesita servicios muy completos. Pero a pesar de esto, los ancianos frágiles son a menudo los miembros más vulnerables de la sociedad. Hacen falta servicios sociales que atiendan sus necesidades concretas.

Los ancianos débiles en Estados Unidos

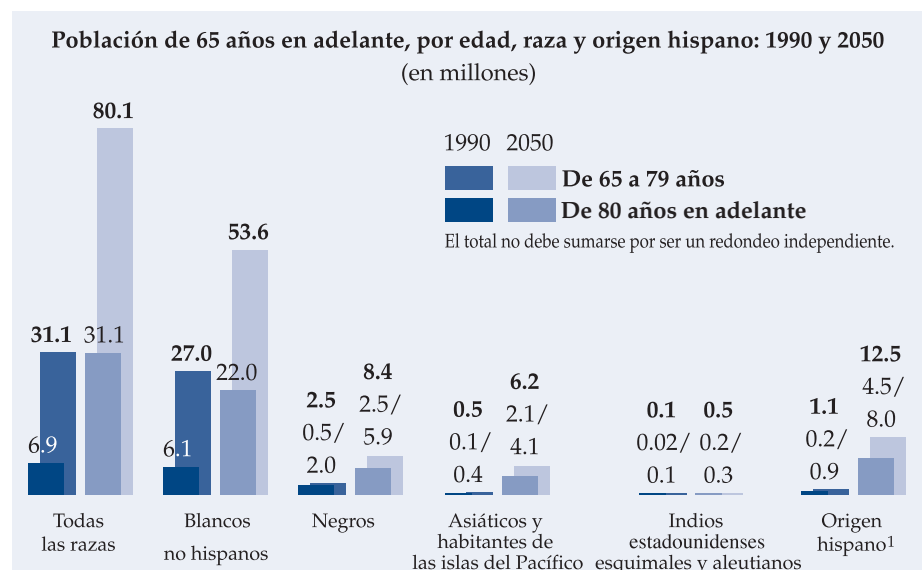
En la década de 1970, gran parte de la atención del público estadounidense se concentró en la pobreza, la enfermedad, las condiciones inadecuadas de vida de los ancianos y los pocos servicios sociales de que disponían. Se mejoraron muchos servicios. Aunque todavía existe pobreza entre los ancianos, a la mayoría se les garantiza un ingreso anual mínimo y los servicios médicos básicos. Se les asignaron más unidades habitacionales para personas de bajos ingresos y algunas comunidades crearon para ellos una amplia gama de servicios sociales (Kutza, 1981).

Más difícil ha resultado identificar el siguiente nivel de problemas y diseñar las soluciones posibles. Por ejemplo, vivir cerca del límite de la pobreza deprime casi tanto como vivir en ella. Los programas de vivienda pública no siempre satisfacen las necesidades de los ancianos. Algunas no ofrecen la oportunidad de compartir el espacio con otras personas; en otros casos puede ser inseguro caminar por los corredores de los proyectos comunitarios. Por su parte, el transporte puede ser un problema serio para quienes deben dejar de conducir por la pérdida de visión o por un tiempo más lento de reacción.

Figura 17-4

La población de ancianos de Estados Unidos presentará mayor diversidad racial y étnica en el futuro.

Fuente: U.S. Census Bureau, 1993.



¹ Puede pertenecer a cualquier raza

Hay por lo menos 1.6 millones de ancianos sin **institucionalización** que reciben ayuda de uno o más cuidadores sin sueldo (Steon y otros, 1987). Miles más viven en casas de atención residencial dentro de la comunidad (Mor y otros, 1986). Sólo un reducido porcentaje de personas mayores de 65 años se encuentra en asilos (Shanas y Maddox, 1985). Los que terminan en un asilo suelen ser solteros, sufrir algún trastorno mental y ser mayores de 85 años (Birkel y Jones, 1989; Mor y otros, 1986; Shapiro y Tate, 1988). Aunque la mayoría recibe buena atención, algunos sufren abuso físico y mental (vea el recuadro “Teorías y hechos”, página 598).

Los programas sociales destinados a los ancianos débiles no están diseñados para atender las necesidades específicas del individuo. Los críticos advierten que algunas veces la gente opta por internar a los ancianos en asilos cuando otros servicios serían más apropiados. A toda costa deseamos evitar su catástrofe médica y económica, pero no nos resulta difícil considerar la gama de servicios menores que podrían ayudarles a mantener una mejor calidad de vida y prevenir una calamidad (Brody, 1987). Otros críticos advierten la necesidad de recordar que el envejecimiento no es un problema en sí: los ancianos con discapacidades físicas y mentales deben ser tratados por esas discapacidades. Algunos ancianos carecen del apoyo social de la familia o de los amigos, muestran patrones infrecuentes de conducta o no pueden valerse por sí mismos; requieren ayuda sobre todo en esas áreas, no necesariamente el cuidado de un asilo. Tal vez necesiten instrucción, consejería, ayuda legal, redes sociales o tan sólo cosas más interesantes que hacer (Knight y Walker, 1985).

La calidad de la atención institucional que se da a los ancianos varía en forma considerable. Existen muchas instituciones bien planeadas y muy profesionales; pero en los últimos años se ha descubierto que muchos asilos son lugares aburridos y sin sentido donde los internos casi se limitan a esperar el final de su existencia. Esto explica los sentimientos de ansiedad y terror que invaden a quienes están a punto de ingresar a una institución y la culpabilidad que a veces sienten los hijos. Las personas que están a punto de ingresar a la institución pueden mostrar además muchas características de los que ya están internados: apatía, pasividad, amargura o depresión (Tobin y Lieberman, 1976). Ven rota la continuidad de su vida, pierden su independencia, se separan de muchas de sus posesiones y de las rutinas familiares. Una vez que entran en una institución, verán cómo se hunde aún más su identidad personal (ahora son “querido” o “preciosa” en lugar de señor o señora X); quizá tengan que aceptar rutinas diarias que no conocen o que les desagradan (Kastenbaum, 1979).



Para los ancianos, encontrarse al borde de la pobreza puede ser tan deprimente como vivir sumidos en ella.

Opciones de estilos de vida para los ancianos estadounidenses

Como hemos visto, los ancianos estadounidenses forman un grupo muy variado: no constituyen una masa humana individual y uniforme. Las frases comodines como “personas de la tercera edad”, “personas de edad avanzada” no describen con precisión la multitud de cualidades que encontramos en los ancianos. Por lo demás, la senectud abarca un amplio periodo. En consecuencia (como se señaló en el capítulo 16), los sexagenarios que acaban de retirarse y que a menudo son personas sanas y vigorosas presentan grandes diferencias con los nonagenarios que están más expuestos a las enfermedades, a una movilidad restringida y al aislamiento social. Las políticas sociales diseñadas para atenderlos deben tener en cuenta esta diversidad si quieren cumplir con su cometido (Kane y Kane, 1980).

Las políticas sociales se concentran en los cuidados, en la vivienda y en otros servicios que brindan a los ancianos la ayuda que necesitan para vivir con dignidad. El impulso del reconocimiento proviene de ellos mismos.

institucionalización Permanencia a largo plazo en una institución, por lo regular en forma permanente.

TEORÍAS Y HECHOS

MALTRATO A LOS ANCIANOS

A finales de la década de 1970 los estadounidenses descubrieron la existencia y el enorme grado de maltrato hacia los ancianos (Callahan, 1988). Con gran asombro y tristeza comenzaron a enterarse de ancianos que eran abandonados, despreciados o maltratados en su hogar, en las calles y en las instituciones. Dada la atención que se dio a este tema en los noticieros nocturnos, casi todo el público se convenció de que el maltrato a los ancianos era un problema generalizado. En efecto, según las primeras estimaciones cada año se registraban más de un millón de casos de maltrato (Callahan, 1988; Salend y otros, 1984). Aunque no contamos con cifras confiables sobre su frecuencia, el testimonio recabado en 1989 durante las audiencias celebradas por una comisión investigadora constituida por diputados (House Select Committee on Aging) indicó que puede afectar a una de cada 25 personas mayores de 65 años (Weith, 1994).

El maltrato a los ancianos adopta diversas formas (Pillemer y Finkelhor, 1988; Salend y otros, 1984), entre las que cabe citar la violencia física, la negligencia (por ejemplo, no darles comida o los medicamentos), el maltrato psicológico o la explotación económica. Hay una

gran controversia respecto de cuál de las formas es más frecuente. Algunos investigadores señalan que es la violencia física, con un índice de 20 casos por cada 1000 personas (Pillemer y Finkelhor, 1988). Los organismos del servicio social han comprobado que la negligencia es la forma más común, aunque estas cifras a menudo incluyen el abandono personal y el de los cuidadores (Salend y otros, 1984). Sin embargo, en la actualidad la explotación económica parece ser la forma más común. Simplemente no contamos con suficiente información.

¿Quiénes son las víctimas y quiénes los victimarios? Los ancianos enfermos tienen de tres a cuatro veces más probabilidades de sufrir maltrato que los sanos (Pillemer y Finkelhor, 1988). Las mujeres muy ancianas son las que más acuden a los organismos de servicio social (Callahan, 1988). Los que viven con alguien tienen más probabilidades de sufrir maltrato. No sorprende, entonces, que el cónyuge de la víctima sea el que suele infligir este tipo de perjuicio (Pillemer y Finkelhor, 1988). Es particularmente probable que los cónyuges con antecedentes de conflicto y violencia constantes se entreguen a comportamientos de maltrato. Ahora bien, cuando consideramos el número de ancianos que, en su mayoría, viven con el cónyuge y lo comparamos con el que vive con sus hijos,

el índice es un poco más elevado en el segundo grupo (Pillemer y Finkelhor, 1988). El maltrato lo propinan con más frecuencia cuidadores que abusan del alcohol o de otras sustancias o que son mentalmente incompetentes, lo mismo que aquellos a quienes otros miembros de la familia obligan a atender al anciano (Kosberg, 1988).

Jordan Kosberg (1988) sostiene que las actitudes sociales son el principal factor del maltrato a los ancianos. Afirma que seguiremos observándolo mientras Estados Unidos sea una sociedad violenta y con prejuicios contra los ancianos. En el fenómeno intervienen asimismo otros valores sociales, como la discriminación contra los discapacitados y las mujeres. Si queremos acabar con el maltrato habrá que evaluar otros factores que aumentan la probabilidad de disfunción familiar como la pobreza, el desempleo, la ausencia de recursos comunitarios y la violencia cíclica en la familia.

Por último, las diferencias culturales significativas hacen difícil generalizar a otras naciones los resultados concernientes al maltrato a los ancianos en Estados Unidos. Los investigadores de Gran Bretaña y de otros países investigan actualmente cómo afecta este problema a su población longeva y las medidas con que podría reducirse su frecuencia (McCreadie y Tinker, 1993).

Centros de atención diurna para los ancianos De los individuos mayores de 65 años, uno de cada cuatro espera sufrir alguna discapacidad a tal grado que sea necesaria la **institucionalización**, es decir, recluirlo a largo plazo, casi siempre en forma permanente. Muchos más necesitarán un poco de asistencia médica, social y psicológica para vivir. Los centros de atención diurna constituyen una opción en tales casos (Irwin, 1978). Ofrecen una buena alternativa a los asilos para quienes necesitan un poco de atención. A las familias dispuestas a cuidar a sus parientes ancianos por las tardes y por la noche les ofrecen periodos de descanso y la oportunidad de cumplir un programa normal de trabajo. Pongamos el caso de una anciana de 77 años que había sufrido un ataque de apoplejía. Vivía con su hija y su yerno, pero pasaba los días en un centro diurno de Baltimore, donde recibía terapia, se mantenía ocupada y hacia nuevos amigos. Su estado de ánimo y su temperamento mejoraron muchísimo al cabo de unas cuantas semanas de atención, de modo que la carga de atenderla se aligeró en forma notable para su familia. Sin embargo, debe advertirse que las pólizas de seguro muchas veces no cubren el costo de estos centros a pesar de que son más rentables que los asilos. De ahí que puedan ser un gasto prohibitivo para muchas familias (Gurewitsch, 1983).



La mayoría de los ancianos adopta estilos de vida activos.

Otras opciones Hay varias opciones para los ancianos que gozan de buena salud. Las comunidades de retiro les permiten convivir y compartir intereses y actividades en un ambiente seguro. Sin embargo, hay una limitación que consiste en que los aíslan del resto del mundo, situación que desagrada a muchos de los longevos estadounidenses. Los sondeos de opinión indican que la mayoría quiere pasar los años de pensión en su comunidad y de preferencia en su hogar (Lord, 1995).

Organizaciones como Gray Panthers y los Cuáqueros prueban otras opciones. Un experimento exitoso es el Life Center operado por los cuáqueros en Filadelfia: los ancianos viven en una gran casa reformada con estudiantes y personas de otros grupos de edad. Comparten los gastos, el trabajo doméstico y las comidas; el sentido de comunidad obtenido de esta manera mantiene a los ancianos en las actividades normales de la vida. Compartir el hogar también ha dado buenos resultados en localidades como Boulder (Colorado) y Rochester (Vermont) (Lord, 1995).

Servicios comunitarios Los ancianos cuentan con más servicios cada día: diversos medios de transporte, entre los que se hallan los servicios a domicilio y de escolta en barrios peligrosos; los servicios de “comida sobre ruedas”; la atención doméstica que prestan amas de casa y profesionales de la salud; visitantes amistosos; ayuda telefónica; servicios culturales como bibliotecas rodantes y otros programas de bibliotecas y admisión gratuita o de tarifa reducida a museos y conciertos; oportunidades para realizar labores como abuelos adoptivos o alguna otra actividad voluntaria, posiblemente con una remuneración; y asistencia legal gratuita.

Muchas comunidades y grupos religiosos han creado centros para los ancianos en que éstos participan en diversas actividades, asisten a clases y a fiestas, y reciben los servicios necesarios (Kaplan, 1979). Otras comunidades han probado programas de atención comunitaria en los que las personas que de otra manera serían institucionalizadas reciben atención de tiempo completo en un hogar privado (Oktay y Volland, 1981).

Progreso mediante autoayuda Aunque la sociedad empieza por fin a prestar más atención a las necesidades de los ancianos, éstos son un recurso importante para atender sus necesidades y las de otros. A menudo no conocen los servicios

En algunos países, existe transporte especial para ancianos, con el fin de ayudarlos a que se trasladen más fácilmente.



ni los beneficios ya disponibles para ellos. Un uso más eficaz de los medios de comunicación masiva podría darles a conocer sus derechos y sus oportunidades. Un mejor medio de autoayuda son las organizaciones activistas como Gray Panthers (en realidad una coalición de ancianos y jóvenes) y la AARP, que integra a los primeros en una fuerza social y política (Miller, 1981; Rowe, 1982). Estos grupos han descubierto en este sector de la población un recurso poco explotado en Estados Unidos.

Los miembros de éstos y otros grupos luchan por conquistar más derechos para los ancianos tanto en el lugar de trabajo como en la sociedad en general. Gracias a su labor tanto los ancianos como otros miembros de la sociedad han logrado mayor autonomía y mejores condiciones de vida. Una anciana lisiada causó gran impacto en Filadelfia al demostrar en público que el sistema de transporte urbano no podía recibir a los débiles ni a los viejos. La principal deficiencia consistía en que los estribos para abordar los autobuses eran demasiado elevados. Este tipo de protestas ha impulsado el uso de “autobuses bajos” y de vagones especiales para los discapacitados. Por último, organizaciones como Gray Panthers y AARP proyectan una imagen más positiva de los longevos, algo que durante mucho tiempo se había descuidado en un mundo para el que la juventud es sinónimo de belleza, la madurez es sinónimo de poder y la vejez es sinónimo de obsolescencia (Mackenzie, 1978).

Muchos otros estilos idóneos de vida pueden implantarse con un poco de flexibilidad en la política social y con soluciones creativas a los problemas de salud y de movilidad y a las necesidades sociales. Una población mayor de ancianos no por fuerza significa una carga también mayor para la población más joven. Los recursos económicos y creativos de este segmento les permiten financiarse con creces.

REPASE Y APLIQUE

1. Describa la población de ancianos de Estados Unidos atendiendo a las principales características demográficas.
2. Describa algunos programas sociales dirigidos a los ancianos débiles que tengan en cuenta la diversidad de las necesidades individuales.
3. ¿Cómo han contribuido Gray Panthers y AARP a mejorar la vida de los ancianos en Estados Unidos?

RESUMEN

Personalidad y envejecimiento

- De acuerdo con Erikson, una tarea central del desarrollo a partir de la adolescencia consiste en conservar una identidad relativamente uniforme, es decir, un conjunto congruente de conceptos sobre los propios atributos físicos, psicológicos y sociales.
- Para los muy ancianos, mantener la cohesión de la identidad personal puede ser muy importante cuando experimentan grandes cambios en su salud y en su forma de vida.
- La última etapa de la teoría de Erikson es el conflicto psicosocial de integridad frente a la desesperación. Los que al mirar en retrospectiva se sienten satisfechos con el significado de su vida adquieren un sentido de integridad personal; en cambio, quienes no ven sino errores, oportunidades desperdiciadas y fracasos, adquieren un sentido de desesperación.
- En parte, el ajuste a la vejez incluye la necesidad psicológica de recordar acontecimientos pasados y de reflexionar sobre ellos.
- Según Levinson, existe un periodo de transición que enlaza la estructura de la vida anterior del individuo con la de la vejez.
- Atchley considera que tratamos de mantener una conducta congruente, porque esto nos hace sentir más seguros de nuestros roles, capacidades y cambio de relaciones.
- Las investigaciones señalan que algunos rasgos de la personalidad —el neuroticismo, la extroversión frente a la introversión y la apertura a las experiencias— se mantienen estables de la madurez a la vejez.
- Algunos estudios señalan que las habilidades de afrontamiento decaen durante la senectud, pero otros indican que la gente madura en cuanto a su estilo de afrontamiento. Hay pruebas de que los estilos de afrontamiento de hombres y mujeres cambian de manera distinta.
- Algunas investigaciones revelan que los estilos de afrontamiento cambian con la edad. Los jóvenes suelen utilizar más estilos activos y orientados a la solución de problemas; los ancianos son más pasivos y se concentran más en las emociones.
- El pensamiento estereotipado nos pinta un cuadro sombrío del envejecimiento que muchos longevos aceptan. En realidad, la gran mayoría de ellos se percibe bajo una luz positiva.
- La satisfacción con la vida y el ajuste durante la senectud dependen de otros factores además de la edad; a saber: salud, dinero, clase social, estado civil, vivienda adecuada y nivel de interacción social.

- La comparación social, o sea evaluarse uno mismo y la situación personal en función de otros, influye de manera profunda en la actitud de los longevos.

Jubilación: un cambio radical del estatus

- Una de las consideraciones más importantes de la suerte que corren los que se jubilan es determinar si se retiraron por decisión propia o si se vieron obligados a hacerlo. En uno y otro casos, la jubilación es el cambio de estatus más importante en la vejez.
- La salud es un factor importante en las reacciones ante la jubilación. Muchos abandonan la fuerza de trabajo por enfermedad. Otros pueden estar sanos, pero tienen que jubilarse por su edad.
- La situación económica es otro factor importante. La mayoría de los ancianos estadounidenses tiene suficiente dinero para vivir. La pobreza es más probable entre los solteros, los miembros de los grupos minoritarios y las mujeres.
- La actitud que se haya tenido hacia el trabajo también influye en los sentimientos relativos a la jubilación. Para quienes se han consagrado al trabajo, la jubilación significa abandonar su vida anterior. Es un paso muy difícil para quienes nunca han encontrado la satisfacción personal fuera del trabajo en pasatiempos y en otras actividades.
- En general, las mujeres con experiencia laboral continua muestran mayor seguridad económica y están mejor preparadas para jubilarse que las que han laborado de manera intermitente.
- La preparación para la jubilación consta de tres elementos: desaceleración (reducir las responsabilidades del trabajo), planeación del retiro y vida como jubilado. Algunas compañías cuentan con consejeros especializados que guían a los empleados en el proceso.
- Algunos expertos sostienen que tal vez estemos perdiendo innecesariamente empleados talentosos y productivos y que se necesitan soluciones creativas para este sector de la población, entre ellas opciones menos exigentes como el trabajo de medio tiempo.

Relaciones familiares y personales

- Las relaciones personales estrechas siguen definiendo buena parte del estrés y de las satisfacciones de la vida en la senectud.
- En general, los matrimonios dicen sentirse más satisfechos con su vida conyugal después que se marchan los hijos. Los matrimonios felices que logran sobrevivir hasta la vejez suelen ser más igualitarios y cooperativos.

- Casi todos los adultos afirman tener contacto frecuente con sus hijos y sus nietos. Por lo regular, asumen la responsabilidad de ayudarles cuando lo necesitan.
- Los roles de abuelo/abuela se consideran casi siempre los más satisfactorios en la vejez. A los bisabuelos les encanta desempeñarlos.
- Los ancianos que necesitan ayuda en la vida cotidiana suelen apoyarse mucho en su familia. Si al llegar a la vejez sobrevive el cónyuge, éste suele ser el cuidador. El estrés afecta más a las esposas que cumplen esta función que a los maridos.
- Cuidar a un paciente de la enfermedad de Alzheimer produce tensiones especiales, sobre todo cuando su conducta se desorganiza o resulta embarazosa.
- La viudez representa una difícil transición que supone cambios radicales en los patrones de vida y el riesgo de aislamiento social.
- Como hay mayores probabilidades de que se casen los hombres que las mujeres tras la muerte del cónyuge, son más las ancianas que viven solas. Este tipo de vida exige adaptarse a muchas realidades prácticas y psicológicas.
- Los sistemas de apoyo social con que cuentan los viudos y las viudas son la familia, los amigos, los compañeros de trabajo y los participantes en actividades de tiempo libre.
- A las viudas les resulta más sencillo que a los viudos mantener su vida social; éstos están más propensos a aislarse de los contactos anteriores de la pareja.
- Muchos ancianos aumentan el contacto y el interés en sus hermanos. Los hermanos comparten la vivienda, ofrecen consuelo y apoyo en momentos de crisis y se ayudan mutuamente en caso de enfermedad.
- Los amigos también ofrecen gran estabilidad y satisfacción con la vida tanto a los casados como a los solteros.

La política social y los ancianos

- Las personas de 85 años en adelante constituyen el segmento de más rápido crecimiento en la población de ancianos. Según los datos actuales, los nonagenarios pueden ser más sanos que los sexagenarios.
- Aunque en la actualidad la mayoría de los longevos son de raza blanca, este grupo mostrará mayor diversidad racial y étnica en el futuro.
- A medida que crece la población de personas de edad avanzada, se ha ido prestando mayor atención a la calidad de los servicios que se les ofrecen.
- Muchos ancianos no institucionalizados reciben ayuda de uno o varios cuidadores no pagados en su vida cotidiana. Otros viven en hogares de cuidado residencial dentro de las comunidades. Sólo un pequeño porcentaje vive en los asilos.
- Los programas sociales destinados a los ancianos frágiles no están diseñados para atender las necesidades del individuo. Algunos ancianos sufren discapacidad física o mental, carecen de apoyo de su familia o amigos o no pueden valerse por sí mismos; requieren ayuda en estas áreas, no necesariamente el cuidado completo en un asilo.
- Cerca de una de cada cuatro personas puede suponer que sufrirá discapacidad y que habrá de ser institucionalizada; muchas más necesitarán un poco de asistencia médica, social y en la vida diaria. Estos servicios pueden ofrecerlos los centros de atención diurna, donde reciben cuidados limitados y regresan a casa por las noches.
- Los ancianos que gozan de buena salud disponen de otras opciones, como las comunidades de retiro. Sin embargo, casi todos los adultos quieren pasar sus años de jubilación en su propia comunidad y de preferencia en casa.
- Los ancianos cuentan cada día con una mayor cantidad de servicios entre éstos: diversos medios de transporte, comida sobre ruedas, cuidado en casa, servicios culturales y oportunidades de trabajo como voluntarios.
- Algunas organizaciones activistas como AARP integran a los ancianos en una fuerza social y política. Luchan por conquistarles más derechos en el lugar de trabajo y en la sociedad en general.

CONCEPTOS BÁSICOS

transición de estatus
identidad
comparación social

madurez para la jubilación
institucionalización

UTILICE LO QUE APRENDIÓ

¿Cuáles son los problemas, intereses y necesidades de los sexagenarios en comparación con las de los octogenarios? ¿Cómo viven en la comunidad en que usted habita? Encuentre a dos individuos (que no se hallen en asilos, de preferencia) que sean mayores de 60 años, pero con una diferencia de edad de 20 años por lo menos. ¿Dónde los hallará? ¿Se encuentran en el campo de golf? ¿En un centro de atención a personas de la tercera edad? ¿En una organización de servicios o en la iglesia? ¿Son sus vecinos o parientes? ¿Están todavía

trabajando por lo menos de medio tiempo? Procure hablar un poco con ellos, quizá de los sucesos de la comunidad, las estrategias de inversión, la música popular, los programas de televisión o la computadora, los acontecimientos mundiales, de sus hermanos y abuelos o incluso de los cambios recientes en su vida. ¿Cómo encaran los problemas actuales? ¿Les ayudaría la disponibilidad de servicios simples como transporte a la tienda, trabajo en el jardín, etcétera?

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

ALLEN, K. R. (1989). *Single women/family ties: life histories of older women*. Newbury Park, CA: Sage. Como parte del Syracuse Family Relative Project se incluyen estudios de casos de ancianas, en los cuales se ponen de relieve los sucesos relacionados con el cambio de vida.

ELKIND, D. (1989). *Grandparenting: Understanding today's children*. Glenview, IL: Scott, Foresman. Un autor popular habla a los abuelos sobre las semejanzas y diferencias entre generaciones.

LUSTRADER, W. (1991). *Counting on kindness: The dilemmas of dependency*. Nueva York: Free Press. A menudo no apreciamos debidamente la salud y la independencia. En este libro sobre los procesos naturales de la enfermedad, la muerte, sobre los cuidados y sobre el hecho de "estar en deuda", se examinan el poder y la dependencia de los ancianos discapacitados y de los que se valen por sí mismos.

ROGERS, C. (198). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin. Este humanista reúne toda una serie de reflexiones sobre la vida, todas escritas entre los 65 y los 78 años de edad. En el ensayo expresa su apertura constante a nuevas experiencias y una perspectiva filosófica creciente y cambiante.

RUBENSTEIN, R. (1986). *Singular paths: Old men and living alone*. Nueva York: Columbia University Press. Presentación basada en la investigación sobre los patrones de los hombres que viven solos, con aplicación a los servicios sociales para las habilidades de la vida.

SHEEHY, GAIL (1995). *New passages: Mapping your life across time*. Nueva York: Random House. Basándose en sus entrevistas, esta periodista propone una segunda adultez que comenzaría hacia los 45 años de edad, con un significado más profundo, con menos roles impuestos y con más alegría.

18

La muerte y el proceso de morir

CAPÍTULO



TEMARIO

Pensamientos y temores relacionados con la muerte

Negación de la muerte
Preocupación por la muerte y por lo que significa

Cómo enfrentar la propia muerte

La muerte como etapa final del desarrollo
Etapas de ajuste
Trayectorias alternas

La búsqueda de una muerte humana

Hospicios
El derecho a morir

Duelo y luto

El duelo
El luto desde una perspectiva transcultural
Rituales y costumbres
Cuando muere un niño

Conclusión del ciclo vital

Investigación en Hispanoamérica

El envejecimiento de la población

En la mayoría de los países de las Américas, la población está envejeciendo debido a las esperanzas de vida más prolongadas o a la estabilización de las tasas de fecundidad. En los últimos 25 años, la esperanza de vida al nacer en las Américas ha aumentado 17 años y el promedio de esperanza de vida supera los 70 años, con una diferencia de siete años en el promedio entre los países de América del Norte y los de América Latina y el Caribe. De los habitantes de América Latina y el Caribe nacidos actualmente, 78.6% vivirán más de 60 años y cuatro de cada 10 vivirán más de 80 años. Las personas de edad avanzada plantean mayores demandas de servicios de salud porque requieren una atención más frecuente e integral y necesitan servicios relacionados con el tratamiento de enfermedades crónicas y discapacidades. La evaluación de las políticas sanitarias y del desempeño de los servicios de salud para los ancianos debe procurar aumentar los años de vida libres de discapacidades después de los 60 años de edad.

Modos de vida poco saludables, comportamientos que implican riesgos y enfermedades no transmisibles.

Algunos de los principales factores responsables del aumento de enfermedades no transmisibles son los modos de vida poco saludables. Los hábitos alimentarios de la población de las Américas están cambiando: cada vez más, las personas consumen menos frutas, verduras, leguminosas, granos enteros y cereales, y más alimentos elaborados, leche, cereales refinados, carnes y azúcar. La nutrición deficiente se complica más por la carencia de micronutrientes como yodo, vitamina A, hierro, zinc y folatos. Al mismo tiempo, entre 30% y 60% de la población de las Américas no alcanzan los niveles mínimos recomendados de actividad física. El cambio de ocupación desde el trabajo manual y la agricultura al sector de servicios en la mayor parte de la región implica que en general está disminuyendo la actividad física. Esa disminución ha sido agravada por la mayor urbanización, el transporte motorizado y la introducción de dispositivos que ahorran trabajo y computadoras en los hogares. Esta conjunción de alimentación deficiente y estilos de vida sedentarios conducen a una epidemia de enfermedades no transmisibles en los adultos.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), de los 6.2 millones de defunciones que se estima que se han producido en la región en 2005, más de tres cuartas partes se vinculan con enfermedades crónicas y, en los próximos 10 años, 53 millones de personas morirán por una enfermedad crónica. Por lo menos 80% de las cardiopatías prematuras, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes del tipo 2 y 40% de las neoplasias malignas en las Américas podrían prevenirse mediante una alimentación sana y la actividad física habitual, y evitando



el consumo de productos del tabaco; se estima que las tasas de defunciones por enfermedades crónicas podrían disminuir 2% al año en los próximos 10 años, con lo cual se salvarían casi 5 millones de vidas. Un estudio reciente que incluyó a más de 3000 jóvenes de 26 países en desarrollo —incluidos Argentina, Brasil, Honduras, México, Perú y República Dominicana— seleccionó “llevar un modo de vida sano” como uno de los cinco elementos esenciales en la vida que podían influir en el futuro de los jóvenes: “Se ha estimado que casi dos terceras partes de las defunciones prematuras y una tercera parte de la carga total de morbilidad de los adultos pueden estar vinculadas con condiciones o comportamientos que se iniciaron en la juventud”.

Nuevamente, esas condiciones o comportamientos, muchos de ellos relacionados entre sí, incluyen el hábito de fumar, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, el uso de drogas, los accidentes de transporte terrestre, las relaciones sexuales no seguras, la violencia, los modos de vida sedentarios y la nutrición deficiente. A menos que se reviertan esas tendencias, será enorme el impacto sobre la salud en el futuro y habrá una abrumadora demanda de servicios de salud.

Fuente: Panorama de salud en la región, *Revista Salud en las Américas*, vol. I (regional), 2007, OMS.

Objetivos del capítulo



Cuando termine este capítulo, podrás:

1. Exponer las actitudes de los estadounidenses y de otras culturas hacia la muerte y los enfermos terminales.
2. Explicar las etapas del ajuste a la muerte y proponer medios para enfrentarlas.
3. Comparar y contrastar las actitudes respecto de la muerte y de la fase terminal que se dan en hospicios y hospitales.
4. Exponer la controversia referente al derecho a morir.
5. Explicar con detalle el proceso de duelo.
6. Reflexionar sobre el significado personal de la muerte, basándose en los factores que se exponen a lo largo del capítulo.

La muerte es el último hito, el final de la vida que conocemos. “La vida es corta. Más corta para algunos que para otros”, observó Gus, uno de los personajes centrales de la película de televisión *Lonesome Dove*. A ese comentario que se refiere a la mayoría de las personas podríamos agregar, a manera de corolario, lo siguiente: 1) por mucho que vivamos, nunca será suficiente, y 2) cuando llegue el final nos parecerá que ha llegado demasiado repentina o abruptamente.

Desde el punto de vista fisiológico, la muerte es la terminación irrevocable de las funciones vitales. Desde el punto de vista psicológico, es claro que tiene profunda importancia y significado personal para el moribundo, lo mismo que para su familia y sus amigos. Morir significa dejar de sentir, abandonar a los seres queridos, dejar cosas inconclusas y entrar en lo desconocido (Kalish, 1987). Pero conviene recordar que la muerte es un proceso *natural*, no importa si ocurre en forma prematura por una enfermedad o un accidente o al final de una vida plena y rica. Todas las criaturas mueren; la muerte forma parte esencial del desarrollo tanto como la vida.

La muerte de una persona está profundamente vinculada al contexto cultural. Hay significados colectivos, muchos de los cuales se expresan en la literatura, las artes, la música, la religión y la filosofía. En la mayoría de las culturas, la muerte se acompaña de complejos rituales y ceremonias. En algunas culturas —de acuerdo con las creencias e interpretaciones personales—, la muerte es un hecho temido que causa pavor y aborrecimiento y que se procura retrasar lo más posible. Por el contrario, muchas culturas y religiones la ven más como una transición que como un final, un tránsito esperado a otra vida y a un mundo supuestamente mejor, a un plano de la existencia más satisfactorio. Para algunos puede significar la liberación de un sufrimiento extremo que acompaña a la enfermedad o a la vejez. Para otros, como los suicidas, puede ser un escape desesperado y definitivo de una vida llena de dolor y de angustia. La muerte posee muchos significados.

Si conociéramos mejor la experiencia de la muerte, así como el proceso de duelo y luto de los dolientes, ¿nos sería más fácil ayudar a la gente a vivir con las tragedias y con los triunfos de su vida? Los psicólogos del desarrollo tradicionalmente han ignorado el tema de la muerte. Por supuesto, no es fácil estudiarlo. Quizá juzgaron inapropiado analizar las actitudes y las reacciones de los enfermos en fase terminal; tal vez era mejor no molestarlos. Sin embargo,

en las últimas décadas, la muerte ha sido estudiada de manera exhaustiva. En este capítulo expondremos algunos de los descubrimientos relacionados y algunas de las formas de aplicarlos. Examinaremos los pensamientos y temores que la rodean, el proceso de confrontar nuestra muerte, la búsqueda social e individual de una muerte humana y el proceso de duelo y luto tras el fallecimiento —con respecto tanto a la muerte “normal” en la senectud como a edades más tempranas. Por último veremos qué significa concluir el ciclo vital.

Pensamientos y temores relacionados con la muerte

El nacimiento y la muerte son dos procesos naturales, el comienzo y el final de la vida. Pero su impacto psicológico y su significado personal varían sobremanera. El nacimiento se espera con emoción y optimismo, pero casi siempre se evita la muerte, incluso cuando se cree en el más allá. En ocasiones, llega a negarse la realidad de la muerte.

Negación de la muerte

Varios autores afirman que el mundo occidental, tecnológico y orientado a la juventud, tiene el curioso hábito de negar y evitar la muerte al mismo tiempo que muestra una extraña preocupación por ella —sobre todo en los medios de comunicación masiva, aunque en éstos podemos desligarnos de ella y pocas veces pensamos que nos ocurrirá a nosotros. Creemos que los asesinatos y los accidentes fatales sólo les suceden a los *otros*.

Solemos evadir el tema cuando convivimos con un moribundo. Para ejemplificar este aspecto, un autor (Kalish, 1985) nos relata la historia de un hombre que fue invitado a una cena en casa de un amigo. Al entrar en la sala se sorprendió al encontrar un caballo marrón sentado tranquilamente a la mesa. Se volvió a ver las reacciones de los otros invitados y del anfitrión; todos los rostros reflejan desconcierto y confusión. Pero nadie quería avergonzar al anfitrión diciéndole lo que tanto los incomodaba. La cena prosiguió con largos silencios, sólo interrumpidos de vez en cuando por una conversación inocua e intrascendente. ¿No es acaso esto, pregunta el autor, semejante a lo que sucede cuando alguien está muriendo y nadie quiere decírselo o siquiera permitirle que hable de ello?

En periodos anteriores de la historia, la muerte era un acontecimiento familiar. En general, tenía lugar en casa, en presencia de los parientes que cuidaban al moribundo hasta el final. Incluso después del fallecimiento, los detalles de preparar el cadáver para el funeral y los rituales finales eran un asunto familiar y comunitario. Los miembros de la familia y los amigos se encargaban de abrir y llenar la fosa.

En cambio, en el siglo xx hemos convertido la muerte en una especie de maravilla tecnológica. En Estados Unidos, la mayoría de la gente muere en el hospital: el personal médico atiende sus necesidades y los parientes se limitan a estar presentes. En muchos sectores de la sociedad occidental, los empresarios de pompas fúnebres preparan el cadáver para los ritos finales y el entierro; y el cuerpo se vela en una funeraria. En general, se limita mucho el contacto con el moribundo antes y después del deceso, de ahí que algunos señalen que vivimos en la era de la “muerte invisible”. ¿Nos hemos engañado a nosotros mismos y creemos que la muerte no es más que otro problema que hay que resolver, como una enfermedad para la cual todavía no tenemos una cura (Aris, 1981)?

La *negación* es un mecanismo muy común para afrontar el estrés —simplemente nos negamos a ver la realidad o a aceptarla—, pero puede resultar contraproducente. Afrontar de manera activa la muerte significa tomar las precauciones realistas respecto de los peligros de la vida sin limitarnos de manera innecesaria. Hemos de aceptar las limitaciones de la vida y nuestra vulnerabilidad, aunque estemos rodeados por imágenes violentas e irreales. Algunos expertos aseguran que, si nuestra cultura afrontara de modo más directo la muerte, posiblemente a nuestros hijos les presentaríamos una imagen menos distorsionada de ella (Pattison, 1977). La persona promedio de 21 años no ha presenciado una muerte auténtica, pero ha visto más de 13 000 en la televisión (DeSpelder y Strickland, 1983). Nos hallamos ante una imagen paradójica de negación, ambigüedad y fascinación.

Sin embargo, a juicio de algunos investigadores, empieza a debilitarse el tabú de la cultura occidental contra la *muerte*. Hay muchos libros, artículos y clases de preparación para morir que tal vez modifiquen la actitud de la gente. Incluso los miembros de la profesión médica que a diario ven la muerte y la agonía necesitan programas y seminarios sobre cómo afrontar esta clase de sentimientos. A mediados de la década de 1960, cuando Elisabeth Kübler-Ross comenzó su estudio del proceso de la muerte (trabajo que comentaremos en la siguiente sección), encontró mucha resistencia y negación entre los integrantes del personal hospitalario (Kübler-Ross, 1969). Sus visitas a las salas la inquietaban por la conducta de las enfermeras y de los médicos. Una vez hecho el diagnóstico de una enfermedad terminal, unas y otros prestaban poca atención al paciente, evitando en lo posible todo contacto innecesario. Hablaban menos con él, le ofrecían un cuidado rutinario menos esmerado y pocas veces le decían que se hallaba en la etapa terminal, aunque lo preguntara. Se desalentaba en los enfermos cualquier tipo de plática relacionada con sus sentimientos acerca de la muerte.

En la actualidad el tratamiento empieza a cambiar. Los programas de enfermería y los de medicina incluyen seminarios de educación sobre la muerte que ponen el acento en el contacto con el paciente y en el respeto a su “derecho a saber la verdad”. Se reconoce que si los profesionales de la salud conocen el proceso de la muerte estarán en mejores condiciones de establecer metas realistas para obtener “buenos” resultados que le permitan al paciente morir con dignidad, expresar sus últimos sentimientos a la familia y a los amigos y enfrentar el paso final en forma congruente con su estilo de vida (Haber, 1987).

Preocupación por la muerte y por lo que significa

¿A los ancianos les preocupa más la muerte o sienten más miedo que las personas más jóvenes? ¿Las personas jóvenes y quienes tienen mayor control de su vida sienten menos (o quizá) más miedo ante la perspectiva de la muerte? La teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad o el temor ante la propia muerte es normal y que puede o no ser universal. Además, quienes experimentan ansiedad difieren en la forma en que la manejan. Algunos descubren el significado y el propósito de la vida, incorporando la muerte en ese significado. Los fanáticos religiosos que se sacrifican por su causa (por ejemplo, en los atentados suicidas) constituyen un ejemplo extremo de esa “solución”. En cambio, posiblemente se sienta aterrorizado ante la muerte un existencialista o un ateo, cuyo objetivo primario es la vida en sí, aunque no siempre es el caso: es muy probable que quienes no creen en una vida futura acepten la muerte como un estado natural, quizás hasta pacífico. En efecto, cuando no hay nada después de esta vida tampoco puede haber estrés ni dolor; ni por qué preocuparse por la muerte.



Cuando se les pregunta a los ancianos lo que harían si sólo les quedaran seis meses de vida, a menudo dicen que pasarían más tiempo con su familia.

En el caso de muchos individuos que se hallan entre ambos extremos, los investigadores señalan que los significados personal y cultural de la muerte determinan en gran parte si la muerte despierta temor o preocupación. En algunas investigaciones se ha descubierto que los ancianos muestran menos ansiedad que los jóvenes (Kastenbaum, 1986), y que el temor a la muerte es menor entre quienes persiguen una meta (Durlak, 1979). Asimismo, se ha puesto en evidencia que, aunque algunos ancianos piensan a menudo en ella, la idea no los perturba. Otro factor importante son las creencias religiosas: las investigaciones han revelado una y otra vez que quienes poseen sólidas convicciones religiosas y creen con firmeza en la otra vida sienten menos depresión y ansiedad (Alvarado y otros, 1995). Sin embargo, como señalan los autores, lo importante es la convicción personal; tratar de atenuar la ansiedad mediante una mayor participación religiosa y obligarse a creer “no es un remedio garantizado”.

Cuando a los jóvenes se les pregunta cómo les gustaría pasar los últimos seis meses de vida si fueran a morir, mencionan actividades como viajar y tratar de realizar cosas que todavía no hacen. Los ancianos tienen otras prioridades. Unas veces hablan de la contemplación o de la meditación y de otras actividades orientadas a su interior; otras veces hablan de pasar el tiempo con su familia y con los seres queridos (Kalish, 1987; Kalish y Reynolds, 1981). En efecto, en una serie muy completa de entrevistas aplicadas a un grupo numeroso de longevos voluntarios, apenas 10 por ciento contestó afirmativamente a la pregunta “¿Le da miedo morir?” (Jeffers y Verwoerd, 1977). Sin embargo, muchos participantes manifestaron que le temían a una muerte lenta y dolorosa.

Aunque en general los ancianos mencionan bajos niveles de ansiedad ante la muerte, no todos piensan así. Se observan notables diferencias individuales entre ellos respecto de este tipo de ansiedad (Stillion, 1985). ¿Existe un patrón que identifique a quienes manifestarán mayor o menor ansiedad? Es difícil conciliar los resultados de las investigaciones. En algunos estudios, quienes muestran menos ansiedad son aquellos que cuentan con un buen ajuste psicológico y que parecen haber logrado la integridad de la personalidad en términos de Erikson. En otros estudios, los que gozan de buena salud física y mental y que consideran que controlan su vida son los más ansiosos. La ansiedad tampoco

es constante. Por ejemplo, a menudo la gente experimenta un elevado grado de ansiedad cuando se le diagnostica una enfermedad posiblemente mortal, pero la ansiedad va disminuyendo poco a poco al cabo de unas cuantas semanas o después de unos meses (Belsky, 1984). La ansiedad ante la muerte parece ser sólo un síntoma de un proceso permanente de establecer y aceptar el significado de la muerte en el contexto del significado de la vida.

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Cómo se enfrenta en la actualidad la muerte en la cultura estadounidense en comparación a como se hacía en el siglo pasado?
2. Explique cómo interviene la negación psicológica en el afrontamiento de la muerte.
3. ¿Preocupa más a los ancianos la muerte y les inspira más miedo que a personas más jóvenes? Explique su respuesta.

Cómo enfrentar la propia muerte

A medida que envejecemos o nos enfermamos, nos damos cuenta de que la muerte no es un hecho distante y su inminencia cruza nuestra mente cada vez con mayor frecuencia. Los jóvenes pueden darse el lujo de desechar estos pensamientos, pero son inevitables en la enfermedad o en la vejez. ¿Cómo reacciona la gente ante esta etapa final del desarrollo? Muchos pasan por etapas ordenadas de ajuste que al final abarcan la aceptación. La muerte tiene trayectorias alternas.

La muerte como etapa final del desarrollo

Los que no se hallan ante la perspectiva de una muerte inmediata pueden dedicar más tiempo a hacerse a la idea. A menudo pasan sus últimos años volviendo la vista hacia atrás y reviviendo los placeres y los dolores de otras épocas. De acuerdo con un teórico (Butler, 1968, 1971), esta consideración retrospectiva es un paso importantísimo en el crecimiento del individuo a lo largo de su existencia. En ninguna otra etapa de la vida como en la vejez sentimos un impulso tan fuerte a la introspección. El proceso a menudo favorece el crecimiento de la personalidad: se resuelven viejos conflictos, se recupera el significado de la vida y hasta descubrimos nuevas cosas sobre nosotros. Sólo si afrontamos la realidad de una muerte cercana podremos tomar las decisiones cruciales sobre lo que es importante y sobre quiénes somos en realidad. La muerte nos ofrece la perspectiva necesaria (Kübler-Ross, 1975). En conclusión, por paradójico que parezca, morir puede ser “un proceso de un nuevo compromiso con la vida” (Imara, 1975).

Igual que en periodos anteriores del desarrollo, para encontrar el significado y el propósito de la vida hay que reestructurar activamente los pensamientos y las creencias filosóficas, religiosas y pragmáticas (Sherman, 1987). En 1974, cuando el autor Ernest Becker fue hospitalizado en las últimas etapas de un cáncer terminal, fue entrevistado sobre lo que estaba experimentando. Durante su vida había escrito de manera profusa sobre cómo encarar la muerte, así que sabía lo que experimentaba en muchos niveles. Becker había atravesado por varias etapas de ajuste a la muerte y en el momento de la entrevista había llegado a la etapa final de trascendencia. Sus palabras reflejaron un tono religioso: “Lo que hace menos difícil la muerte es saber que [...] más allá de lo que nos sucede aquí existen energías muy creativas del cosmos que nos utilizan para propósitos que desconocemos” (citado en Keen, 1974). Otros adoptan una actitud por completo diferente para aceptar su muerte; las creencias relacionadas con ella varían

de modo considerable entre las culturas y las religiones. Pero en todo caso el testimonio de Becker es un argumento muy persuasivo que nos permite hallar nuestra respuesta personal y encarar la muerte con dignidad y en paz.

Etapas de ajuste

Elisabeth Kübler-Ross (1969) fue una de las primeras en estudiar a fondo los temas de la muerte y la fase terminal. Se concentró en la situación relativamente breve en que la muerte se convierte en una posibilidad inmediata; por ejemplo, cuando a alguien se le diagnostica un cáncer terminal u otra enfermedad que pronto será mortal. A través de entrevistas exhaustivas con estas personas, identificó cinco etapas en el proceso de ajuste a la idea de la muerte: negación, ira, negociación, depresión y, finalmente, aceptación.

- En la etapa de *negación* la persona rechaza la posibilidad de fallecer y busca otras opiniones y diagnósticos más favorables.
- Una vez que comprende que va a morir, siente cólera, resentimiento y envidia. Es la etapa de *ira*. Siente la frustración de no poder realizar sus planes ni sus sueños.
- En la etapa de *negociación* busca formas de ganar tiempo, haciendo promesas y negociando con su Dios, con los médicos, las enfermeras u otras personas para alargar la vida, para aliviar el dolor y el sufrimiento.
- Pueden sobrevenir la impotencia o la desesperación cuando fracasa la negociación o se acaba el tiempo. En la etapa de *depresión* el paciente llora las pérdidas que ya ocurrieron, la muerte y la separación inminentes de su familia y de los amigos.
- En la etapa final de *aceptación* se resigna y espera la muerte con serenidad.

Las etapas que describe Kübler-Ross no son universales, pese a que caracterizan las reacciones comunes ante la inminencia de la muerte y, por lo mismo, nos ayudan a entender los sentimientos de quienes están a punto de morir. No todos pasan por todas ellas y sólo unos cuantos lo hacen en el orden señalado. Hay muchos factores que influyen en las reacciones de una persona: la cultura, la personalidad, la religión, la filosofía personal, la duración y la naturaleza de la enfermedad terminal. A algunos se les ve deprimidos y enojados hasta el final; otros acogen la muerte como una liberación del dolor. Cada persona afronta la muerte a su manera y ésta no debe encajonarse en un patrón de etapas fijo (Hudson, 1981). Por el contrario, como observa Robert Kastenbaum (1979), hay que permitirles que sigan su propia trayectoria. Si quieren, hay que dejarlos que hablen de sus sentimientos, sus inquietudes y experiencias; que obtengan respuesta a sus preguntas; que arreglen sus asuntos, que vean a parientes y amigos, que perdonen a alguien o que le pidan perdón por pleitos o pequeñas faltas. En opinión de Kastenbaum, estas acciones son más importantes para el individuo que experimenta estados emocionales generales en un orden determinado. La figura 18-1 contiene algunas recomendaciones prácticas para los cuidadores que tratan de brindar apoyo a los seres queridos moribundos.

Trayectorias alternas

A menudo la evolución de la enfermedad influye en las reacciones ante el proceso de morir. Si el fallecimiento es repentino, habrá poco tiempo para examinar la vida y para la integración. Una enfermedad que causa mucho dolor, que limita la movilidad o que exige una intervención médica frecuente y compleja dejará al paciente poco tiempo o energía para ajustarse a la muerte. El personal médico y los miembros de la familia se equivocarían al suponer que una persona se encuentra en la etapa de “enojo”, cuando en realidad la reacción se relaciona de manera directa con su estado físico o con el tratamiento médico (Kastenbaum y Costa, 1977).

Figura 18-1

Su presencia tranquilizadora: formas de ofrecer un buen apoyo a los demás

Fuente: El Centre for Living with Dying.

1. Sea honesto acerca de sus sentimientos, sus inquietudes y sentimientos.
2. Cuando tenga dudas, pregunte: ¿Cómo es esto para ti? ¿Cómo te sientes en este momento? ¿Puedes decirme algo más al respecto? ¿Estoy entrometiéndome? ¿Qué necesitas? ¿De qué formas puedes valerte por ti mismo?
3. Cuando responda a una persona que enfrente una situación de crisis, asegúrese de utilizar expresiones como las siguientes: Siento _____ Creo _____ Me gustaría _____ En vez de: Deberías _____ Eso está mal. Todo estará bien. ¿Cuáles de los enunciados anteriores no le dan a la persona la oportunidad de expresar sus necesidades y sentimientos especiales?
4. Permanezca en el presente lo más posible: ¿cómo te sientes en este momento?, ¿qué necesitas en este momento?
5. Escuchar tiene excelentes efectos terapéuticos. No es necesario mejorar las cosas. No es necesario tener las respuestas. No es necesario eliminar el dolor. El dolor es del otro. Él necesita sufrirlo en su momento y a su manera.
6. En medio de una crisis, las personas deben saber que tienen el poder para tomar decisiones. Tal vez convenga proponer algunas alternativas.
7. Ofrezca la ayuda práctica que considere que podrá dar sin sentirse mal.
8. Si la situación lo amerita, envíe la persona a la oficina u organismo correspondientes

En ninguna otra enfermedad como en el SIDA la naturaleza del padecimiento influye tanto en las reacciones ante el proceso de la muerte, padecimiento que con frecuencia se transmite por vía sexual y que, por tanto, se ve rodeado de fuertes emociones del paciente y de sus seres queridos. El autor homosexual Fenton Johnson (1994) se concentra en los temas del recuerdo y del perdón que “se hallan en el corazón de toda comunidad” y que la enfermedad pone a prueba. He aquí sus palabras:

Las personas más sabias que conozco, tanto seropositivas como seronegativas, no viven negando la muerte sino aceptándola, no en un estado de perdón y olvido, sino de perdón y recuerdo. Los procesos más difíciles y necesarios del doliente son estos imperativos contradictorios: olvidar y recordar, aceptar y nunca callarse. (1994, página 15)

El prolongado proceso de morir que sufren muchos enfermos de SIDA hace que resulten difíciles la aceptación y el perdón para quienes deben enfrentar las emociones en torno a la muerte. El problema se agrava en algunos segmentos de las comunidades hispanas y afroamericanas por la juventud de muchas de las víctimas de este mal. Como se aprecia en la tabla 18-1, el SIDA es la causa principal de muerte entre los hispanos y afroamericanos de 25 a 44 años. Además, el duelo por varias muertes, al mismo tiempo que se padece la enfermedad,

Tabla 18-1 Muertes causadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) según la edad, el género y la raza, 2005 (muertes por cada 100,000 habitantes)

Edad	Hombres			Mujeres		
	Blancos	Negros	Hispanos	Blancas	Mujeres	Hispanas
25-44	5.7	36.2	8.3	1.5	20.7	2.6
45-64	7.3	66.2	18.0	1.4	22.0	4.1

Fuente: Health, United States 2007. Centres for Disease Control and Prevention. U.S. Department of Health and Human Services, 2007.

no deja tiempo ni energía suficientes para pasar por las etapas tradicionales asociadas con la aceptación del desenlace (Horn, 1993).

Del mismo modo que existen muchas trayectorias especiales en el desarrollo del adulto, también las hay para morir. La trayectoria ideal comúnmente aceptada es ser una persona sana de 85 años o más, poner todo en orden y morir de manera repentina de un ataque cardíaco sin sufrir (Kalish, 1985), quizá durante el sueño. En efecto, las encuestas demuestran que la mayoría preferiría una muerte repentina, en especial los jóvenes (Kalish, 1985). Cuando sobreviene una enfermedad con una trayectoria conocida, los miembros de la familia y el paciente se ajustan y se adaptan al “tiempo que queda de vida”. Para muchos hay cosas que realizar, arreglos que hacer, cosas que decir: los pendientes de la vida. Algunos tratan de influir en la trayectoria aceptando o rechazando el tratamiento, ejerciendo la “voluntad de vivir” o resignándose a lo inevitable. Muchos necesitan conservar un poco de control y dignidad en la trayectoria final, como lo hicieron a lo largo de su existencia. Todos buscan una forma humana de morir.

El suicidio El suicidio es sorprendentemente común entre las personas de edad madura y los ancianos. Aunque los más difundidos son los suicidios de jóvenes, adolescentes y hasta niños en edad escolar, ocurren en número mucho mayor entre las personas de más de 45 años; de este grupo, se dan sobre todo en las personas de 65 años en adelante (U.S. Census Bureau, 1990). El número de suicidios entre los hombres cuadruplica al de las mujeres. En el caso de los varones, la tasa aumenta de modo estable con la edad y alcanza el nivel máximo en los mayores de 80 años (Manton y otros, 1987; Miller, 1979; Riley y Waring, 1976). Los hombres blancos y de grupos minoritarios muestran un incremento extraordinario de suicidios en la senectud (Manton y otros, 1987). En las estadísticas anteriores no se consideran las formas más pasivas de suicidio, como el hecho de dejarse morir, que recibe el nombre de **muerte sumisa** (Riley y Waring, 1976) o las formas indirectas como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol y de drogas, conocidos en conjunto como **erosión suicida** (Miller, 1979). Otra forma indirecta de suicidio consiste en “alcanzar fama efímera”: el agresor dispara contra un grupo de inocentes esperando morir en el asalto, cosa que casi siempre sucede.

El suicidio entre los ancianos casi siempre se debe a “pérdidas vitales”, como los problemas laborales, la conmoción producida por el retiro o la viudez. Por tanto, los viudos y las viudas encajan en este grupo de alto riesgo de suicidas potenciales. El riesgo disminuye de modo notable después del primer año de luto, pero se mantiene más elevado que el promedio por varios años (Miller, 1981). Hay otro factor importante además de la jubilación y la viudez. Los ancianos que normalmente están solos o que tienen antecedentes de inestabilidad



El proceso de morir de las víctimas de SIDA, generalmente prolongado, hace que resulte muy difícil para ellas y para su propia comunidad enfrentar las emociones que lo rodean.

muerte sumisa Suicidio que consiste en dejarse morir.

erosión suicida Forma indirecta de suicidio que se da por tabaquismo y consumo excesivo de alcohol y otras sustancias.

emocional —en especial los que sufren profundas ansiedades y sentimientos de inferioridad— tienen mayores probabilidades de suicidarse.

Los grupos de autoayuda son uno de los tratamientos más eficaces para que viudos y viudas mejoren su salud mental y atiendan sus necesidades sociales. Quienes participan en esos grupos encuentran consuelo al compartir sus temores y sentimientos. Los grupos ofrecen además un ambiente protector en el que puede establecer nuevas relaciones y probar nuevos roles, de modo que los participantes se sienten menos aislados y se ayudan mejor a sí mismos. Una y otra vez el seguimiento sistemático de los participantes en este tipo de grupos ha mostrado resultados positivos como los anteriores para la mayoría de sus integrantes (Gartner, 1984).

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Cuáles son las etapas de ajuste a la muerte que describe Kübler-Ross? ¿Son universales?
2. ¿En qué sentido podemos considerar a la muerte como una etapa del desarrollo?
3. ¿Cuáles son las trayectorias alternas de la muerte y cómo varían entre los individuos?
4. ¿Cómo influye la naturaleza de la enfermedad en la aceptación de la muerte?
5. ¿Qué grupo de edad está más propenso al suicidio y por qué?

La búsqueda de una muerte humana

Como hemos visto, se han dedicado muchos estudios a la experiencia de morir, y empiezan a borrarse nuestra ignorancia y descuido del tema. No obstante, quizá pase mucho tiempo antes que la actitud general de la sociedad corresponda al pensamiento progresista de algunos teóricos. Si bien ofrecemos una excelente atención médica a los pacientes en fase terminal mediante medicamentos y sistemas que los mantienen con vida, no sabemos ayudarles a enfrentar sus inquietudes y sus pensamientos. Con frecuencia las personas a su alrededor los tratan como si no fuesen del todo humanos. Se les aísla de sus seres queridos en un ambiente estéril; más aún, se toman decisiones por ellos sin considerar sus deseos. A veces ni siquiera se les dice para qué sirve el tratamiento, y se les seda cuando se rebelan o se molestan. En comparación con la aterradora y fría atmósfera de un hospital, parece casi un lujo la muerte en casa a la antigua usanza, rodeado de rostros y objetos familiares.

Los médicos y otros profesionales de la salud por lo menos son ahora más sinceros con los pacientes en fase terminal acerca de su estado (Fixx, 1981). Se ha sugerido darles un poco de autonomía en estos momentos finales (Birren y Birren, 1987). Por ejemplo, si pueden opinar sobre la cantidad de analgésicos o de sedantes que reciben pensarán que aún controlan algunos aspectos de su vida. Esto es muy importante para los que se sienten arrastrados por fuerzas fuera de su control. De hecho, algunas investigaciones indican que casi cualquier animal —una rata, un perro o una cucaracha— renuncia a vivir cuando parece haber perdido el control sobre su existencia (Seligman, 1974). En un experimento, en el cual se metió al agua a un grupo de ratas para ver por cuánto tiempo podían nadar, algunas lo hicieron durante 60 horas y otras se sumergieron y se ahogaron al instante. ¿A qué se debieron esas reacciones tan divergentes? A las ratas que murieron rápido se les había restringido durante largos periodos antes de ponerlas en el agua, así adquirieron un “desamparo

aprendido" y simplemente desistieron. Las que siguieron luchando no habían sido restringidas y, por tanto, luchaban por sobrevivir. Algo semejante ocurre cuando se interna a la gente de manera prematura en hospitales u hospicios y siente que ya no tiene un control racional sobre su vida. Su respuesta consiste en dejar de luchar. Por el contrario, quienes han pasado su vida controlando el ambiente tratarán de controlar al personal del hospital. Estos pacientes suelen vivir más tiempo, aunque tal vez no se muestren cooperativos ni sean personas de trato fácil (Tobin, 1988).

Hemos visto que si bien son pocos los ancianos que afirman temer a la muerte (Jeffers y Verwoerd, 1970), muchos informan de otros temores relativos al proceso de morir. No desean una agonía larga y dolorosa, ni quieren depender de los otros, y temen perder sus facultades y su dignidad. Algunos hablan incluso de desear una "buena muerte" y no una agonía degradante. La búsqueda de una buena muerte ha llevado a que se propongan varios cambios en los servicios que ofrecemos a los moribundos. Tales modificaciones consisten en los hospicios y el derecho a morir.

Hospicios

El concepto de que los pacientes en fase terminal deberían conservar el control de su vida y, por tanto, de su muerte ha originado recientemente la proliferación de hospicios. Los hospicios están diseñados para ayudarles a vivir sus últimos días en la forma más plena e independiente posible, pues les brindan el apoyo necesario tanto a ellos como a sus familias. El primer hospicio de este tipo se inauguró en Inglaterra, en 1967, como programa para pacientes internos. La idea llegó a Estados Unidos en 1974, con la creación de un programa de hospicios en New Haven (Connecticut) y fue un éxito inmediato. Cuatro años más tarde cerca de 200 programas se encontraban en diversas etapas de planeación y de puesta en práctica en 39 estados y en el distrito de Columbia (Abbot, 1978).

La idea de los hospicios ha sido adoptada en muchas localidades de Estados Unidos; hay una organización, la Organización Nacional de Hospicios (National Hospice Organization), que establece las normas y supervisa los programas (Birnbau y Kidder, 1984). Algunos son independientes pero la mayoría forma parte de organizaciones generales de atención médica. Un programa exhaustivo suele comprender una unidad para pacientes internos, programas de cuidados a domicilio con varios servicios en casa, consultas médica y psicológica, servicios médicos y de enfermería permanentes para aliviar el dolor y ayudar a controlar los síntomas (Haber, 1987). Una ley promulgada en 1982 contribuyó a hacer más accesibles los servicios a los pacientes en fase terminal. Conforme a la Ley Pública 97-248, las personas amparadas por el sistema de seguridad social podrán recibir los servicios en casa por un máximo de dos periodos de tres meses cada uno. Estos servicios incluyen la participación del médico de cabecera, cuidados de enfermería en casa, consejería psicológica, evaluación de la alimentación, cuidado de descanso, guía espiritual, servicios de apoyo en casa, asesoría legal y financiera, terapia ocupacional, física y del habla, así como atención a la familia durante el periodo de duelo. Este tipo de servicio en casa no sólo ha recibido una magnífica acogida por parte de los pacientes, sino que en muchos casos resulta más rentable que la hospitalización (Haber, 1987).

Los hospitales buscan ante todo preservar la vida; para el personal hospitalario la muerte es el enemigo y, como ya dijimos, esa actitud se refleja muchas veces en el cuidado que dan al paciente en fase terminal. En cambio, el concepto de hospicio no ve en la muerte un fracaso, sino una etapa normal y natural de la vida que es preciso encarar con dignidad. La muerte es tan natural como el nacimiento y como éste a veces es una labor dura que exige asistencia (Garrett, 1978). Los hospicios están diseñados para ofrecer ayuda y consuelo.



En los hospicios se percibe la muerte como una etapa normal de la vida que es preciso encarar con dignidad.

Su objetivo fundamental es manejar el dolor en todas sus modalidades: física, mental, social y espiritual (Garrett, 1978). Además, procuran que “el individuo participe activamente en su cuidado y en la toma de decisiones” (Rosel, 1978), y se respeta en lo posible sus derechos relacionados con las decisiones concernientes a la muerte (Koff, 1980). Por otro lado, ayudan a la familia a entender la experiencia y las necesidades de su pariente, y mantienen abiertas las líneas de comunicación para que el familiar moribundo se sienta menos aislado. El contacto del hospicio con la familia se prolonga más allá de la muerte, ya que se extiende al periodo de luto.

El derecho a morir

Si, como lo consideran muchos, la muerte es una experiencia natural y esencialmente positiva, ¿tenemos derecho a manipularla? ¿Privamos a la gente de una muerte humana cuando por medios artificiales conservamos sus sistemas vitales más allá del punto del que no podrán recobrase jamás? ¿Hay algún momento en que “deban” morir en el cual convendría más dejar que la naturaleza siga su curso? ¿Prolongamos la vida por temor a la muerte, aun cuando el paciente esté preparado para el trance final? Las preguntas anteriores han recibido mucha atención en los últimos años y muchos exigen hoy el **derecho a morir**.

Por supuesto, la idea de dejar que la naturaleza siga su curso —o incluso ayudarle un poco— no es del todo nueva. La *eutanasia*, o muerte por compasión, se practicaba en la antigua Grecia y probablemente desde tiempos más remotos. En este siglo, una de las “víctimas” mas conocidas de eutanasia fue Sigmund Freud. En 1939, a los 83 años, Freud, quien llevaba 16 años padeciendo cáncer de mandíbula, decidió que ya había sufrido bastante: “Ahora mi vida es una tortura y no tiene caso seguir viviendo” (citado en Shapiro, 1978). Con anterioridad, Freud había acordado con su médico que éste le administraría una dosis letal de morfina en caso de que decidiera que no soportaba el intenso dolor ni la frustración. Después, pidió cumplir con lo pactado y el médico accedió a sus deseos (Shapiro, 1978).

En el caso de Freud, no se dejó que la naturaleza siguiera su curso, sino que se tomaron medidas para provocarle la muerte. A este proceso se le llama **eutanasia**

derecho a morir Opinión de que la muerte es un derecho que debe ejercerse a discreción del individuo.

eutanasia activa Hecho de tomar medidas para provocar la muerte de otra persona, como en los casos de enfermedad terminal. En Estados Unidos se considera un asesinato.

En la sociedad estadounidense actual, el doctor Jack Kevorkian ha dado mucha difusión a los problemas morales, éticos y legales que plantea la eutanasia activa.



TEMA DE CONTROVERSIA

SUICIDIO ASISTIDO

De acuerdo con diversos analistas, entre ellos John Horgan, escritor asistente de *Scientific American* (1997), los sondeos de opinión indican que la mayoría de los estadounidenses apoya el derecho del paciente a que reciba un fármaco letal de parte de su médico, si así lo desea. Lo mismo piensan algunas organizaciones profesionales relacionadas con la salud. Por su parte, la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association, AMA) y muchas otras se oponen de manera rotunda al suicidio asistido por un médico. ¿Cuál es el fondo del debate?

Los partidarios del suicidio asistido sostienen que un número considerable de personas muere tras una dolorosa agonía y una lucha prolongada contra enfermedades como el cáncer y el SIDA. A pesar de los adelantos en el control del dolor, los analgésicos modernos no lo eliminan. Más aún, las leyes estadounidenses actuales a menudo prohíben a los médicos recetar dosis excesivas de analgésicos. Además, la tolerancia a los narcóticos aumenta con el empleo prolongado, de modo que cada vez se necesitan dosis más fuertes y, por tanto, excesivas que dejan al paciente inmóvil e inconsciente por mucho tiempo. Así, pues, pronto se deteriora la calidad de vida de muchos enfermos terminales. Los partidarios del suicidio asistido consideran absurdo todo esto. ¿Por qué no

mejor permitir al paciente escoger una “muerte buena” y rápida, después de despedirse de sus seres queridos y dejar en orden sus asuntos financieros? Agregan que “agilizar” la muerte tras bambalinas en formas menos drásticas que un suicidio asistido no es una práctica infrecuente de los enfermos terminales y lleva años realizándose. En otras palabras, el equivalente del suicidio asistido ya es práctica generalizada, del mismo modo que lo era el aborto antes de legalizarlo.

Para los opositores, el suicidio asistido es una forma de eutanasia, de modo que les preocupa mucho el precedente que se sentaría con su legalización. Por ejemplo, ¿el siguiente paso sería permitir la muerte de pacientes no terminales, pero víctimas de enfermedades incurables y debilitantes como los trastornos mentales? ¿Quién tomaría la decisión en tales casos, puesto que el paciente es incapaz de dar su pleno consentimiento? ¿Tendrían ese derecho los parientes? En conclusión, si consideramos que el suicidio asistido “abre la puerta” a la eutanasia, ¿dónde fijamos el límite de lo permisible?

En la mayoría de las discusiones relacionadas con el suicidio asistido participa el doctor Jack Kevorkian, ex médico, que ha ayudado a muchos pacientes terminales (nadie sabe con exactitud a cuántos) y quien hasta ahora ha sido absuelto de delito en todos los casos por los que se le ha enjuiciado.

Defiende abiertamente la eutanasia no sólo para este tipo de personas, sino también, entre otros, en el caso de los discapacitados, de los enfermos mentales e infantes con defectos congénitos (Betzold, 1997). ¿Quién tomará la decisión final en tales casos? El médico lo hará, propone Kevorkian, afirmación que causa alarma entre muchos miembros de la comunidad médica y en la sociedad en general. Además, los críticos afirman que por lo menos algunos de los pacientes de Kevorkian no sufrían una enfermedad terminal, lo cual corresponde a su propuesta, pero no a la forma en que los medios presentan lo que hizo (véase a Guttman, 1996).

La controversia prosigue en Estados Unidos. Continúan las acciones legislativas, los plebiscitos estatales y las discusiones en los tribunales. Lo mismo sucederá con seguridad con los juicios civiles y criminales contra lo que abiertamente colaboran en el suicidio. Y aunque los hospicios ofrecen cada vez mejores servicios que atenúan el dolor, el sufrimiento y el aislamiento que acompañan al proceso de la muerte (páginas 615-616), un hecho es innegable, como lo expresa Joe Loconte (1998): “Demasiadas personas mueren en Estados Unidos en una forma miserable”. A ello podemos agregar que muchísimas de ellas temen ese tipo de final, lo cual hace que los cuidados a los enfermos terminales —de cualquier tipo— sigan siendo un problema de interés nacional.

activa, aunque muchos considerarían que el término es un eufemismo. En Estados Unidos se considera simple y llanamente asesinato, aunque a veces se castiga con indulgencia (Shapiro, 1978). Esta situación se presenta sobre todo en caso de que el acto final lo lleve a cabo el enfermo, por lo cual podemos considerarlo suicidio desde el punto de vista legal. Este **suicidio asistido** ocurre en casos muy difundidos en que se da acceso a los enfermos terminales a “máquinas de muerte” que les permiten administrarse un fármaco letal, como se comenta en el recuadro anterior “Tema de controversia”.

La **eutanasia pasiva**, en cambio, consiste en no ofrecer (o en desconectar) el equipo que mantiene al paciente con vida para que la muerte ocurra de modo natural. La eutanasia pasiva voluntaria ha suscitado muchas polémicas porque los avances de la medicina permiten mantener vivo al paciente —a veces por tiempo indefinido. La tabla 18-2 contiene los criterios de Harvard para definir la muerte. Tales criterios se han utilizado en muchos casos para fundamentar las

suicidio asistido Ofrecer al paciente terminal los medios para poner fin a su vida.

eutanasia pasiva No utilizar o desconectar el equipo que sustenta la vida para que la muerte ocurra de modo natural.

Tabla 18-2 Criterios de Harvard para determinar el cese permanente de las funciones del cerebro (o muerte cerebral)

Ausencia de reacción y de sensibilidad: no se observa conciencia de los estímulos externos ni una necesidad interna de ellos. La falta de respuesta es absoluta, aun si se aplican estímulos que normalmente causarían un gran dolor.

Ausencia de movimiento y de respiración: no existe la respiración espontánea ni otros movimientos musculares espontáneos.

Ausencia de reflejos: no se observan los reflejos habituales que pueden provocarse en un examen neurológico (por ejemplo, cuando se proyecta una luz en el ojo, la pupila no se contrae).

Electroencefalograma plano: los electrodos conectados al cráneo producen una impresión de actividad eléctrica proveniente del cerebro vivo. A esto se le llama ondas cerebrales. El cerebro no produce en estos casos el patrón habitual de picos y valles. Más bien, el movimiento automático de la plumilla registra una línea plana. Lo cual se supone demuestra la ausencia de actividad electrofisiológica.

Ausencia de circulación hacia el cerebro o en su interior: si la corriente sanguínea no le suministra oxígeno y alimento al cerebro, éste deja de funcionar pronto. (El tiempo exacto que puede conservar la viabilidad, o sea la capacidad de sobrevivir sin la circulación, es actualmente objeto de muchas investigaciones y depende de las circunstancias.)

Fuente: R. Kastenbaum (1986). *Death, society, and human experience* (página 9). Columbus, OH: Merrill.

definiciones legales de la muerte. Sin embargo, a pesar de que parecen sencillos e irrefutables, no resuelven todas las interrogantes (Kantenbaum, 1986). Por ejemplo, ¿para considerar muerta a la persona debe cesar el funcionamiento y el flujo sanguíneo en todas las regiones cerebrales o basta con el cese de la actividad de la corteza cerebral? Con toda probabilidad se plantearán tales preguntas —y se recurrirá a los criterios— cuando haya opiniones distintas entre la familia o el personal médico, además de que un juez debe emitir una orden para interrumpir el sustento vital (Robbins, 1986).

Un ejemplo de esfuerzo por garantizar al paciente un poco de autonomía en las etapas finales de la vida es la carta de derecho a una muerte digna que preparó un consejo educativo en Estados Unidos (Concern for Dying and Educational Council) (vea la figura 18-2). Este documento explica a la familia del signatario o a otros interesados su deseo de que no se recurra a “medidas heroicas” para mantenerlo vivo en caso de una enfermedad irreversible. Aunque este documento no tiene sustento legal, sí protege contra la responsabilidad civil a quienes lo cumplen (Shapiro, 1978).

REPASE Y APLIQUE

1. ¿Cuál es la diferencia entre un hospital y un hospicio? Explique la filosofía del hospicio y las ventajas de la atención que ahí se ofrece.
2. ¿Cuáles son los aspectos controvertidos relacionados con la eutanasia? ¿Cómo las enfrenta la sociedad estadounidense?
3. Describa cómo ayuda a las personas la carta de derecho a una muerte digna para que se aseguren de tener una muerte humana.

**A mi familia, a mi médico, a mi abogado
y a quien corresponda**

La muerte es una realidad como el nacimiento, el crecimiento, la madurez y la vejez; es una certidumbre de la vida. Si llega un momento en que yo no pueda participar en las decisiones concernientes a mi futuro, con este documento deseo expresar mi voluntad, mientras todavía estoy en pleno uso de mis facultades.

Si llega un momento en que no haya esperanzas razonables, de que me recobre de una discapacidad física o mental extrema, pido que se me permita morir y no se me mantenga vivo con medicamentos, con medios artificiales o "medidas heroicas". Sin embargo, sí pido que por compasión se me administren los medicamentos que alivien el sufrimiento, aun cuando acorten mi vida.

Este testamento lo hago tras una profunda consideración y corresponde a mis convicciones y creencias más firmes. Quiero que los deseos e instrucciones aquí expresados se cumplan en la medida en que lo permita la ley. Como las personas a quienes se dirige este documento no están obligadas por la ley a cumplirlo, confío en que se sientan moralmente obligadas por estas peticiones.

Firma _____

Fecha _____

Testigo _____

Testigo _____

Copias para _____

Figura 18-2

Carta de derecho a una muerte digna Ésta es una petición formal preparada por Concern for Dying, and Educational Council. Informa a la familia del signatario, o a otros interesados, que en caso de una enfermedad irreversible desea evitar el uso de "medidas heroicas" para mantenerlo con vida.

Duelo y luto

¿Y los dolientes? A menudo los miembros de la familia y los amigos cercanos deben realizar ajustes importantes ante el fallecimiento de un ser querido comenzando con el proceso de la muerte. Para ellos la vida debe continuar.

Unos y otros deben efectuar ajustes a corto y a largo plazos cuando muere un ser querido. Entre los ajustes a corto plazo figuran las reacciones y emociones iniciales frente a la pérdida —el **trabajo de duelo**, como se le llama a menudo—, además de cosas tan prácticas como los arreglos del funeral, los asuntos financieros y los trámites legales. Los ajustes a largo plazo, en especial los relacionados con la viuda o el viudo, incluyen cambios en los patrones de vida, las rutinas, los roles y las actividades que pueden necesitarse para llenar el vacío social dejado por la muerte, como vimos en el capítulo anterior. Cada uno de esos ajustes exige más tiempo y participación de lo que se había previsto. El proceso de duelo difiere de una cultura a otra, y a menudo lo rodean costumbres y rituales también distintos. Como señalaremos, el duelo es especialmente difícil cuando muere un niño.

El duelo

¿Es en verdad necesario el duelo? ¿Cumplen una función esencial el dolor y la angustia? ¿Qué propósito cumple el trabajo de duelo?

trabajo de duelo Afrontamiento de las reacciones emocionales ante la pérdida de un ser querido.

En la actualidad, se piensa que deben realizarse algunas tareas psicológicas después de perder a un ser querido. El sobreviviente necesita aceptar la realidad de la pérdida y su dolor concomitante. Además, tiene que reencauzar la energía psicológica que invirtió antes en la relación con el finado (Wor-den, 1982).

Muchos expertos dudan en definir fases específicas del duelo, aduciendo que podría “presionar” a la gente a adoptar en una secuencia establecida lo que en realidad son patrones muy variables de duelo (Gallagher, 1987). Los expertos que examinan estos patrones señalan que las reacciones iniciales son conmoción, confusión mental, negación e incredulidad. Puede haber ira e intentos por culpar a alguien o a algo. La fase de *conmoción* dura varios días, a veces más tiempo. Sobre todo cuando la muerte es repentina e imprevista, los allegados al finado participan como autómatas en las ceremonias fúnebres y en el entierro, todavía sin creer la realidad de la pérdida. En la segunda fase, sienten un dolor profundo y lo manifiestan con llanto u otras expresiones de aflicción. Pueden extrañar o añorar al difunto. Algunos manifiestan síntomas como sensación de debilidad o de vacío, lo mismo que inapetencia y problemas de insomnio. A menudo pierden interés por las actividades normales y se ven agobiados por recuerdos del ser querido que acaban de perder. Pueden mostrar muchos síntomas relacionados con la depresión. Pero con el tiempo casi todos comienzan a recobrase. Se adaptan a las circunstancias de su nueva vida. Se desligan del ser amado, invierten tiempo y energía en nuevas relaciones, reconstruyendo una identidad distinta a la relación que los unía al difunto. Sin embargo, esto no significa que “lo olviden” y dejen de pensar en él; más bien, parece que el dolor asociado con los recuerdos del ser querido empieza a disminuir poco a poco.

Como ya dijimos, hay muchos patrones de duelo y éstos dependen de la personalidad, la edad, el sexo y las tradiciones culturales, así como del tipo de relación con el difunto. Hay, además, otros factores que facilitan el proceso de recuperación. Por ejemplo, si la muerte estuvo precedida por una larga enfermedad o por la pérdida de funciones, en cierto modo los sobrevivientes se preparan para el desenlace: sufren un **duelo anticipado**. Quizás hablen con el enfermo de los sentimientos de pérdida, de culpa o de oportunidades desperdiciadas. Sin embargo, el duelo anticipado no elimina el dolor después de la muerte. Tal vez ni siquiera aminore su intensidad (Rando, 1986). No obstante, sí puede atenuar sus efectos porque pueden anticiparse planes y ajustes, y porque puede mejorar la forma de afrontar el duelo. En cambio, cuando una enfermedad dura más de 18 meses, el desgaste emocional que causa cuidar a la persona enferma tiende a superar cualquier compensación de esta índole. Más aún, en el caso de una enfermedad prolongada, el superviviente puede convenirse de que el enfermo terminal en realidad no va a morir, sino que ha logrado salir adelante, de ahí que cuando llega la muerte pueda causar un impacto más fuerte que la muerte repentina (Rando, 1986).

El apoyo social también interviene en el duelo. Los modelos teóricos del estrés y del afrontamiento consideran el valor de un sólido sistema de apoyo social para negociar con éxito las crisis de la vida. Pero no todas las formas de apoyo social cumplen una función positiva (Bankoff, 1986; Morgan, 1989). En un estudio realizado con viudas, 40 por ciento de sus comentarios sobre las relaciones sociales después del duelo resultaron negativos (Morgan, 1989). El apoyo de las personas de la misma edad, en especial de las que han sufrido la pérdida del cónyuge, parece ser más útil que el de la familia. Los grupos de autoayuda de los viudos son de gran utilidad (Morgan, 1989). De igual modo, a los progenitores que han perdido a un hijo les consuela interactuar con otros cuyos hijos han fallecido (Edelstein, 1984).

duelo anticipado Prepararse emocionalmente para la muerte de un ser querido, como en el caso de una prolongada enfermedad terminal.

Hay circunstancias en que el duelo resulta abrumador en extremo. Por ejemplo, los ancianos que pierden a varios amigos o familiares en un lapso relativamente corto experimentarán una *sobrecarga de duelo*. Esta sobrecarga afecta también a las comunidades de homosexuales y minoritarias que son golpeadas por el SIDA. En esos casos la depresión representa un riesgo serio durante el luto, sobre todo para los varones (Stroebe y Stroebe, 1987). Lo mismo sucede con el abuso del alcohol y de otras sustancias, una vez más en especial para los varones. La salud física puede verse afectada; los dolientes visitan a su médico con mayor frecuencia que otros grupos (Mor y otros, 1986). Pero cabe la posibilidad de que las visitas se realicen para recibir la atención de rutina que se descuidó mientras cuidaban al finado. Muchas de esas visitas se deben a la depresión más que a una enfermedad física propiamente dicha (Mor y otros, 1986).



Las viudas sienten que su principal apoyo proviene de las personas de su misma edad, en especial las que también han enviudado.

El luto desde una perspectiva transcultural

¿Se producen respuestas universales de duelo tras el fallecimiento de un ser querido? Las investigaciones señalan que algunas respuestas tradicionalmente consideradas como norma 1) tal vez no sean compartidas por la mayoría de los dolientes, 2) pueden estar ligadas a una cultura y 3) acaso ni siquiera sean adaptaciones sanas. Cuando Margaret Stroebe y sus colegas (1992) estudiaron la universalidad de las reacciones al duelo, descubrieron que tenían raíces históricas y culturales. Muchas culturas no occidentales ponen de relieve un vínculo ininterrumpido con el finado, a diferencia de la concepción occidental moderna que exige realizar un “duelo apropiado”, recuperarse de él lo más pronto posible y reanudar las actividades normales. En Japón los dolientes tienen en casa un altar dedicado a los antepasados, ponen ofrendas y hablan con ellos, pues creen que es posible contactarlos. En Egipto, a los dolientes se les anima para que expresen el dolor en desahogos emocionales. Ofrecemos una explicación detallada de la celebración tradicional del Día de Muertos en México (véase el recuadro “Estudio de la diversidad”, página, 622).

Las ideas actuales del mundo occidental acerca del duelo hacen hincapié en una respuesta racional para reanudar las actividades normales; en cambio, la concepción era totalmente diferente durante el Romanticismo, en el siglo XIX. Esto lo explica Stroebe en los términos siguientes:

Dado que las relaciones estrechas reflejaban un vínculo muy profundo, la muerte de un ser querido constituía un punto central de la definición de la vida. Vivir el duelo era una señal de la importancia de la relación y de la profundidad del espíritu. La disolución de los vínculos con el difunto no sólo definía las relaciones como superficiales, sino que además negaba el sentido de profundidad y de valor personal. Avergonzaba el compromiso personal y aminoraba el sentido de llevar una vida significativa. En contraste con la orientación del modernismo hacia la ruptura de vínculos, en el romanticismo resultaba valioso mantener esos vínculos a pesar de “un corazón destrozado” (Stroebe y otros, 1993).

Stroebe y sus colegas señalaron que, a pesar de la importancia concedida por el mundo occidental a la “ruptura de vínculos”, muchas viudas y viudos los conservan como los dolientes de la época romántica. “Sienten” la presencia del cónyuge quizá durante años después de su fallecimiento, y los difuntos siguen teniendo fuerte influjo psicológico en la vida del sobreviviente.

Otros teóricos (Wortman y Silver, 1989) ponen en tela de juicio las ideas contemporáneas del duelo que se concentran en una intensa emocionalidad inmediata. Rechazan la idea popular que afirma que el dolor o la depresión son

ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD

TODOS LOS SANTOS: EL DÍA DE MUERTOS

La fuerza que las influencias culturales ejercen sobre el luto y la muerte se observa con claridad en la cultura mexicana tradicional. Durante la fiesta de *Todos los santos*, los mexicanos de todas las clases sociales —ricos y pobres, educados y analfabetas, habitantes de las ciudades y del campo— interrumpen todas sus actividades para recordar y celebrar a los muertos. Esta conmemoración contrasta de modo radical con las prácticas del luto en casi todo Estados Unidos, que parece más impulsada por la ansiedad y el dolor que por la celebración y el recuerdo.

La fiesta de Todos los Santos nace de la creencia de que la muerte es un elemento natural del ciclo vital, elemento que ha de celebrarse en una fiesta comunitaria (Cohen, 1992). La celebración combina costumbres precolombinas y las creencias de las culturas autóctonas con las de la España católica.

El centro de la celebración lo ocupan los altares comunitarios que saludan el regreso de los ancestros. Cada familia prepara su altar, llamado *ofrenda*, para honrar y recordar a sus difuntos. La *ofrenda* contiene su comida y su bebida preferidas, así como algunas de sus prendas y pertenencias personales. Se preparan ofrendas especiales para el alma de los niños difuntos, que se cree que son los que regresan primero. Las ofrendas se preparan en miniatura e incluyen muchos dulces. Después de que el alma de los muertos hace sentir su presencia, los vivos participan en la celebración. Los parientes consumen parte de la comida y de la bebida, las comparten con sus vecinos y colocan una ofrenda final en la tumba de los difuntos. ¿Qué significado tienen estas costumbres?

Esta participación gozosa crea una reciprocidad comunitaria: ayuda a vincular a la comunidad con sus muertos y esto, a su vez, produce una presencia simbólica de los muertos

dentro de ella (Cohen, 1992, página 108).

En vez de proteger al niño contra las realidades de la muerte, ellos son el centro de la festividad de Todos los Santos. Ayudan a preparar la ofrenda y participan en las celebraciones en el panteón. Ayudan a decorar las tumbas con flores de colores brillantes y encienden velas de recuerdo. Gracias a ello aprenden que la muerte es una parte natural de la vida y que no deben temerle. Por tanto,

En muchas culturas la muerte [...] no se considera como el final, sino como el paso a otro nivel de existencia. Es un acontecimiento marcado al inicio por emociones inciertas, pero que finalmente ha de celebrarse a medida que los muertos son venerados como ancestros (Carmichael y Sayer, 1991, página 7).

En México este reacomodo presenta un carácter de tradición nacional.

inevitables, que no sentir dolor es patológico, que es importante “resolver” la pérdida, y que el doliente debe tener la esperanza de recobrarla. Por ejemplo, citan algunos estudios en los que se demuestra que, pese a la creencia de que quienes se deprimen tras una pérdida se adaptan de manera más eficaz que los que no se deprimen, los que sufren o se deprimen más suelen seguir así por uno o dos años más. Identifican, además, un **duelo crónico**, o la imposibilidad de recuperarse alguna vez de la pérdida, como un proceso patológico de duelo que se observa en muchos dolientes.

Un extenso estudio longitudinal sobre la respuesta del duelo (Cleiren, 1993) se concentró en la reacción ante la pérdida, en la salud y en el funcionamiento social de 309 miembros de familia que eran parientes cercanos de personas que se habían suicidado, que habían fallecido en accidentes de tránsito o tras una enfermedad prolongada. El estudio, conocido con el nombre de Estudio del duelo de Leiden (*Leiden Bereavement Study*), en honor del pueblo holandés donde se efectuó, reveló variantes en las respuestas de duelo atribuibles al significado de las relaciones antes de la muerte, a la naturaleza de ésta, a si fue o no posible preverla y al apoyo práctico que los dolientes recibían tras el fallecimiento.

En conclusión, las reacciones del duelo difieren mucho de una persona a otra y entre las culturas. No existe una forma universal “correcta”, aunque las expectativas sociales influyen tan poderosamente que dan la impresión de que la hay.

duelo crónico Proceso patológico en que el sobreviviente nunca logra superar el dolor.

Rituales y costumbres

Las costumbres y los rituales de la muerte en Estados Unidos han cambiado mucho a lo largo de la historia. Por ejemplo, antes un viudo o una viuda usaban ropa de color negro y durante un año se abstendían de asistir a actividades sociales. Esta conducta simbolizaba su dolor psicológico supuesto y esperado. A otras personas se les asignaba la misión de ofrecerle consuelo y apoyo; la cultura admitía un largo periodo de adaptación (Aries, 1981). En la actualidad, sucede lo contrario en muchas de las culturas occidentales. En condiciones normales, se prevé que el doliente reanude su vida normal en cuestión de unos cuantos días.

Los funerales y los servicios fúnebres dan la sensación de orden, decoro y continuidad. Reafirman los valores y las creencias del individuo y de su comunidad, demostrando al mismo tiempo el apoyo de los parientes y de los amigos. En algunas ceremonias fúnebres se reseña y se celebra la vida del difunto en un foro público y con la participación de los presentes. Sin embargo, en ocasiones las ceremonias públicas chocan con los valores y las experiencias de los dolientes, dejándoles un sentido aún mayor de aislamiento. Algunas veces los rituales y las instituciones no corresponden a la vida personal de los participantes. Con todo, nos resulta difícil pensar que la muerte de uno de nuestros seres queridos no se acompañe de algún ritual en absoluto: los rituales marcan el final en forma “oficial”.

Cuando muere un niño

Muchos aspectos del duelo y del luto se intensifican cuando fallece un niño. Si muere de modo repentino o imprevisto, las reacciones de los padres y de los hermanos son a menudo prolongadas e intensas. Pueden sobrevenir la confusión, la culpa y los intentos de atribuirle a alguien la culpa (Miles, 1984). Los hermanos y las hermanas de un niño moribundo se sentirán muy confundidos y desorientados. La muerte se ve a veces como una especie de castigo —contra el niño, el progenitor o contra sus hermanos y hermanas— o quizá para resignarse la familia simplemente recurra a frases convencionales como “Dios obra en forma misteriosa para nosotros”. A menudo los padres abrumados por el dolor no pueden



Los funerales ayudan a los dolientes, pues les ofrecen, entre otras cosas, un sentido de continuidad.

ayudar a sus hijos o adaptar siquiera las respuestas a su nivel de desarrollo. Muchos hermanos no revelan sus temores secretos ni los sentimientos de culpa o malos entendidos; sin embargo, las ideas y los sentimientos que surgen en tales crisis familiares pueden durar toda la vida (Coleman y Coleman, 1984).

Cuando un niño muere en forma lenta por una enfermedad terminal, hay otros problemas que resolver. ¿Debemos decirle la verdad? ¿Cómo podemos ayudarlo a afrontar el trance? ¿Cómo enfrentan los progenitores su sensación de fracaso, de culpa y de impotencia? A menudo los cuidadores médicos participan intensamente en la esperanza de una recuperación. También ellos experimentan algunos de los sentimientos de fracaso y de duelo anticipado de los padres. Las personas interesadas suelen negar sentimientos tan dolorosos. En general, el duelo y la recuperación son muy difíciles cuando muere un niño (Wass y Corr, 1984).

A veces se produce una crisis de valores tras el fallecimiento de un niño. Es verdad que el niño no merecía morir. Los sobrevivientes luchan por revalorizar sus creencias y valores más arraigados —los religiosos en especial—, al mismo tiempo que muestran muchos síntomas de sufrimiento y depresión (Kushner, 1981). Los que encuentran alguna forma de resolver esto mencionan a menudo haber descubierto un significado más profundo en su vida; a los que no lo encuentran tal vez les aguarde una larga vida de desesperación. En el caso de accidentes fatales por imprudencia, hallarán el significado y la resolución afiliándose a grupos de defensa como Madres en contra de la Conducción en Estado de Ebriedad (Mothers Against Drunk Driving, MADD), que tratan de prevenir las muertes innecesarias de los niños.

REPASE Y APLIQUE

1. Describa el proceso del duelo en términos generales, señalando lo que es *probable* que experimenten los sobrevivientes.
2. ¿De qué manera los rituales y las costumbres constituyen a veces una fuente de mayor sufrimiento?
3. ¿Cómo influyen los factores culturales e históricos en el proceso de duelo?
4. ¿Qué problemas especiales se observan en la muerte de un niño?

Conclusión del ciclo vital

La muerte de un niño, de un anciano, de un adulto débil o de cualquier otra persona marca el final de su ciclo de vida. Terminamos este capítulo (y el libro) con algunas reflexiones sobre lo que esto significa. El ciclo vital de cada individuo se desarrolla dentro de un contexto cultural e histórico. El nacimiento, los primeros pasos, las primeras palabras, la instrucción escolar, la mayoría de edad, encontrar pareja, el trabajo, la formación de una familia, el encuentro con la sabiduría y el afrontamiento de la propia mortalidad son procesos universales; pero se dan en el rico mosaico de patrones biológicos y culturales de cada individuo. En otras palabras, herencia y ambiente en interacción. Las ciencias sociales tienen mucho que decir sobre los patrones e influencias comunes, así como sobre el momento en que ocurren; pero la comunidad inmediata tiene mucho que decir sobre su significado.

Algunas prácticas culturales hacen explícitos los nexos entre muerte, nacimiento y ciclo de vida. Por ejemplo, en la cultura china tradicional cuando un abuelo muere, al nieto en edad conveniente se le presiona para que se case o tenga un hijo. En la cultura judía, y en otras, se acostumbra poner al primogénito el nombre del pariente muerto de la familia inmediata; así, con el nuevo

nacimiento, se celebran la renovación y la continuidad. En conclusión, los que parecen ser polos opuestos —nacimiento y muerte— se enlazan como parte de un hilo familiar continuo.

Cualquiera que sea el trasfondo cultural, la muerte y sus perspectivas a menudo imprimen un significado nuevo a la vida del individuo y de la comunidad. Reconsideramos nuestras prioridades y nuestros valores cuando tratamos de interpretar la vida y la muerte de una persona. La muerte del líder de la comunidad o de una figura pública depura los valores individuales y comunitarios. Con todo, las muertes más comunes a menudo contribuyen de igual manera a definir el significado del valor, la lealtad, la bondad y la virtud en una forma personal y duradera.

Por lo demás, y como señalamos al inicio del capítulo, independientemente de sus circunstancias, la muerte forma parte de la naturaleza. Es innegable y definitiva. Afecta a los miembros de todas las especies de la naturaleza. Siempre se debatirá lo que está más allá de la muerte para cada uno de nosotros y probablemente la ciencia nunca nos lo revele; pero lo que está más allá para el *Homo sapiens* es una nueva vida para el que vendrá después.

RESUMEN

Pensamientos y temores relacionados con la muerte

- La moderna sociedad tecnológica orientada a la juventud suele negar la muerte y al mismo tiempo preocuparse por ella.
- En los periodos históricos anteriores, la muerte era un acontecimiento familiar que normalmente tenía lugar en el hogar. En cambio, en el siglo xx se ha convertido en una maravilla tecnológica y hoy casi todo mundo muere en los hospitales.
- Para afrontar la realidad de la muerte, hay que tomar precauciones realistas sin limitaciones innecesarias.
- En el pasado había mucha resistencia a discutir el proceso de morir, pero las cosas empiezan a cambiar.
- Los significados personal y cultural de la muerte influyen de manera importante en el hecho de que las personas muestren miedo o preocupación con los pensamientos de su muerte.

Cómo enfrentar la propia muerte

- Las personas que no afrontan la perspectiva de una muerte inmediata pueden dedicar más tiempo a hacerse a la idea, sobre todo si hacen un examen de su vida.
- Para encontrarle significado y propósito a la vida, es necesario hacer una reestructuración activa de las ideas y creencias filosóficas, religiosas y pragmáticas.
- Kübler-Ross identificó cinco etapas en el proceso de ajustar la idea de la muerte: negación, enojo, negociación, depresión y aceptación. No todos pasan por ellas y pocos lo hacen en un orden determinado.
- En las reacciones al proceso de morir influye de manera profunda la naturaleza de la enfermedad, sobre

todo en el caso del SIDA, ya que muchos pacientes sufren una muerte lenta que dificulta la aceptación y el perdón.

- El suicidio es frecuente entre personas de edad madura y ancianos. Hay formas más pasivas de suicidio como la muerte sumisa (dejarse morir) y la erosión suicida (matarse indirectamente fumando y bebiendo en exceso o abusando de las drogas).
- El suicidio entre los ancianos casi siempre resulta de pérdidas vitales como la del cónyuge. Los grupos de autoayuda son un medio eficaz para mejorar la salud mental de viudos y viudas.

La búsqueda de una muerte humana

- Se ha sugerido que los pacientes terminales deben tener información sobre su estado y autonomía para decidir; por ejemplo, la dosis de analgésicos que recibirán.
- Las personas que consideran que en realidad ya no controlan su vida pueden optar por renunciar a vivir.
- En Estados Unidos, los hospicios están diseñados para ayudar a los enfermos terminales a vivir sus últimos días lo más plena e independientemente posible, brindándoles apoyo a ellos y a sus parientes.
- La primera meta de los hospicios es manejar el dolor de todo tipo: físico, mental, social y espiritual. También tratan de respetar en lo posible los deseos de los pacientes.
- En la actualidad muchos reclaman el derecho a morir, en lugar de que se mantengan vivos sus sistemas corporales con medios artificiales. Se da el nombre de eutanasia activa al hecho de tomar medidas que tienden a causar la muerte y ésta incluye el suicidio

asistido. La eutanasia pasiva consiste en no aplicar o en desconectar el equipo que mantiene al paciente con vida, de manera que la muerte ocurra de manera natural.

- Un ejemplo del esfuerzo por garantizar al individuo su autonomía en las últimas etapas de la vida es la carta de derecho a una muerte digna, documento que contiene el deseo del signatario de que no se apliquen “medidas heroicas” para conservarlo vivo en caso de una enfermedad irreversible.

Duelo y luto

- Los miembros de la familia y los amigos cercanos deben hacer ajustes a corto y a largo plazos cuando muere un ser querido. Los ajustes a corto plazo incluyen entre otras cosas las reacciones psicológicas iniciales, a menudo llamadas proceso de duelo, y también los asuntos prácticos. Los ajustes a largo plazo abarcan cambios de rutinas, de roles y actividades.
- Generalmente se acepta la necesidad de realizar algunas tareas psicológicas tras la pérdida de un ser querido; por ejemplo, aceptar la realidad de la pérdida y reencauzar la energía emocional invertida antes en la relación con el difunto.
- Las reacciones iniciales son la conmoción, la confusión, la negación, la incredulidad y, en ocasiones, la ira y la culpa. Después, aparece el duelo activo que consiste en llorar y añorar al difunto. Con el tiempo, los sobrevivientes empiezan a adaptarse a la nueva situación.
- Si la muerte está precedida por una enfermedad larga o por la pérdida de funciones, los sobrevivientes

mostrarán un duelo anticipado. Con esto no se elimina el duelo, pero se atenúan los efectos de la muerte.

- El apoyo social, especialmente el de los coetáneos, ayuda mucho en el proceso de duelo.
- Las personas que pierden seres queridos en un periodo más o menos breve sufren una sobrecarga de duelo. Esto es común en las comunidades de homosexuales y de las minorías que pierden muchos de sus miembros a causa del SIDA.
- Las respuestas del duelo tienen raíces históricas y culturales.
- Algunos teóricos rechazan la idea popular del duelo y sostienen que quienes más sufren seguirán sufriendo al cabo de uno o dos años.
- El duelo crónico, o imposibilidad de recuperarse de una pérdida, ha sido identificado como un proceso patológico.
- Los funerales y los servicios fúnebres pueden dar un sentido de orden y de continuidad. Reafirman los valores y las creencias de la comunidad y además manifiestan apoyo.
- Muchos aspectos del duelo y del luto se intensifican más cuando fallece un niño, sobre todo si muere de manera repentina o inesperada.

Conclusión del ciclo vital

- El ciclo vital del individuo está integrado dentro de un contexto cultural e histórico. A lo largo de este ciclo interactúan patrones biológicos y culturales.
- La muerte y sus perspectivas a menudo imprimen un nuevo significado al individuo y a la comunidad.

CONCEPTOS BÁSICOS

muerte sumisa
erosión suicida
derecho a morir

eutanasia activa
suicidio asistido
eutanasia pasiva

trabajo de duelo
duelo anticipado
duelo crónico

UTILICE LO QUE APRENDIÓ

Las actitudes ante la muerte y el proceso de morir dependen de la edad, la etapa de la vida y la experiencia que hayamos tenido con la muerte. Del mismo modo que a un niño de ocho años le es difícil entender las luchas de identidad de un adolescente de 16 años, los adultos jóvenes y dinámicos con seguridad evitarán pensar en la muerte hasta que la confronten. Aun entonces, sus reacciones serán muy distintas a las de los dolientes en la vejez.

Reflexione sobre la muerte reciente de algún conocido. ¿Cómo reaccionaron los miembros de la familia y los amigos según la edad y la experiencia del doliente? ¿Les ayudaron los rituales más a unos que a otros? ¿Pudieron encontrar formas de trascender las generaciones y ayudarse mutuamente?

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

- ARIS, P. (1990). *The hour of our death*. Nueva York: Knopf, 1981. Reseña histórica sobre las prácticas y costumbres relacionadas con la muerte.
- BEISSER, A. (1990). *A graceful passage: Notes on the freedom to live or die*. Nueva York: Doubleday. Explicación franca y compasiva de las enfermedades terminales progresivas y de los problemas asociados con el derecho a morir.
- COOK, A. S. y OLTJENBRUNO, K. A. (1989). *Dying and grieving: Lifespan and family perspectives*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston. Texto muy completo sobre la muerte, el proceso de morir y el de luto.
- FITZGERALD, H. (1994). *The mourning handbook: A complete guide for the bereaved*. Nueva York: Simon and Schuster. Una de las guías más útiles que examina lo práctico y lo traumático con consejos e ideas delicadas y equilibradas.
- KALISH, R. (1985). *Death, grief, and caring relationships*. Monterey, CA: Brooks/Cole. Libro sobre la muerte y el proceso de morir que hace hincapié en la importancia de permitir al paciente terminal, a su familia y a sus amigos expresar sus sentimientos y afrontar la idea de la muerte.
- KÜBLER-ROSS, E. (1969). *On death and dying*. Nueva York: Macmillan. Basándose en entrevistas exhaustivas con pacientes terminales, Kübler-Ross describe las reacciones más comunes ante la inminencia de la muerte.
- KUSHNER, H. (1981). *When bad things happen to good people*. Nueva York: Schocken. Explicación penetrante y comprensiva de cómo encarar las ideas de justicia y las creencias religiosas en situaciones como la muerte.
- MOR, V. (1987). *Hospice care systems: Structure, process, costs and outcome*. Nueva York: Springer. Panorama general y análisis de los sistemas de cuidado en hospicios con que se cuenta en la actualidad.
- NULAND, S. B. (1993). *How we die: Reflections on life's final chapter*. Nueva York: Random House. Extraordinario libro galardonado con un premio, que combina información médica accesible con valiosas intuiciones sobre las duras realidades de la vida y de la muerte. Este autor y cirujano ofrece descripciones claras sobre los mecanismos del cáncer, las cardiopatías, la apoplejía, el SIDA y la enfermedad de Alzheimer con exactitud clínica y a la vez con elocuencia poética, ofreciéndonos así una exposición fresca y compasiva de esta última etapa de la vida.

Glosario

abortos espontáneos Expulsión del organismo prenatal antes que sea viable.

absolutismo moral Cualquier teoría de la moralidad que descarte las diferencias culturales en las creencias morales.

ácido desoxirribonucleico (ADN) Molécula grande y compleja que se compone de carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno y fósforo. Contiene el código genético que regula el funcionamiento y el desarrollo del organismo.

ácido ribonucleico (ARN) Sustancia que se forma a partir del ADN y que se asemeja a éste. Sirve de mensajero en la célula y como catalizador de la información referente al nuevo tejido.

acomodación Término con que Piaget designa el acto de modificar los procesos del pensamiento cuando un objeto o suceso nuevos no encajan en los esquemas actuales.

adaptación En la teoría de Piaget, es el proceso mediante el cual los esquemas del infante se elaboran, se modifican y se desarrollan.

agresión hostil Conducta cuyo fin es lastimar a otra persona.

agresión instrumental Conducta cuyo fin no es lastimar, sino un medio para obtener algo de otra persona.

alelos Par de genes, presentes en los cromosomas correspondientes, que influyen en el mismo rasgo.

amniocentesis Prueba para detectar anomalías cromosómicas que se efectúa en el segundo trimestre del embarazo; consiste en extraer y analizar el líquido amniótico con una jeringa.

ancianismo Actitud social predominante que sobrestima la juventud y discrimina a los ancianos.

andamiaje Estructuración progresiva de la interacción entre progenitor e hijo por parte de los padres.

anoxia Ausencia de oxígeno que puede causar daño cerebral.

ansiedad Sentimiento de inquietud, aprensión o temor que se debe a una causa vaga o desconocida.

ansiedad ante extraños y ante la separación Miedo del niño a los extraños o que lo separen de quien lo cuida. Ambos tipos de ansiedad aparecen en la

segunda mitad del primer año de vida e indica, en parte, una nueva capacidad cognoscitiva de responder a las diferencias del ambiente.

apego Vínculo que se crea entre un niño y otro individuo. El primer apego se caracteriza por una gran interdependencia, por sentimientos mutuos de mucha intensidad y por vínculos emocionales muy sólidos.

apego inseguro Resultado de cuidados inconstantes o poco afectuosos.

apego seguro Fuerte vínculo emocional entre el niño y quien lo atiende que se debe a un cuidado sensible y afectuoso.

apoplejía Bloqueo de la sangre que llega al cerebro y puede causar daño cerebral.

aprendizaje Proceso básico del desarrollo en que el individuo cambia por la experiencia o la práctica.

aproximación holista Las personas son criaturas "totales" y de ninguna manera están "compartimentadas".

asimilación En la teoría de Piaget, proceso de integrar la nueva información a los esquemas existentes.

atenazar Método por medio del cual se sostienen objetos, desarrollado hacia los 12 meses de edad; consiste en que el pulgar se opone al índice.

aterosclerosis Endurecimiento de las arterias, problema común del envejecimiento ocasionado por la creciente incapacidad del cuerpo para aprovechar el exceso de grasas de la dieta. Las grasas son almacenadas en las paredes de las arterias y restringen el flujo sanguíneo cuando se endurecen.

audiencia imaginaria Suposición del adolescente de que otros se fijan mucho en él y lo critican.

autoconcepto Percepción de la identidad personal.

autoestima Hecho de verse uno mismo como una persona con características positivas —como alguien que tendrá un buen desempeño en las cosas que juzga importantes.

automaticidad Realizar conductas motoras bien practicadas sin tener que pensar en ellas.

autonomía Fuerte pulsión a hacer las cosas por uno mismo, a dominar el ambiente físico y social, a ser competente y exitoso.

autorrealización Realizar plenamente nuestro potencial único.

autosomas Todos los cromosomas menos los que determinan el sexo.

bacterias Microorganismos que causan infecciones, pero que no pueden atravesar la barrera de la placenta.

blástula Esfera hueca y líquida de células que se forma varios días después de la concepción.

cariotipo Fotografía de los cromosomas de una célula dispuestos por pares según su tamaño.

catarata Opacamiento del cristalino que obstruye la visión.

células gliales Células que aíslan las neuronas y mejoran la eficacia con que se transmiten los impulsos nerviosos.

centros de nacimiento Sitios en que se realiza el proceso íntegro de parto, desde el trabajo de parto y el parto hasta la recuperación.

cesárea Procedimiento quirúrgico con que se extraen el niño y la placenta del útero mediante una incisión en la pared abdominal.

CI de desviación Método que asigna una puntuación de CI mediante la comparación de la puntuación bruta de un individuo con las de otros sujetos del mismo grupo de edad.

ciclo ocupacional Secuencia variable de periodos o etapas en la vida del trabajador que va de la exploración y decisión vocacional a la formación y capacitación profesionales, el estatus de principiante, los ascensos y los periodos de mayor experiencia.

cigoto Primera célula de un ser humano que se produce con la fertilización; óvulo fertilizado.

climaterio Conjunto general de síntomas físicos y psicológicos que se acompañan de cambios reproductivos en la edad madura. Afecta por igual a ambos sexos.

clonación Método por medio del cual los científicos hacen una réplica de un animal a partir de una célula somática.

cociente de inteligencia (CI) Edad mental de un individuo dividida entre la edad cronológica y multiplicada por 100 para eliminar el punto decimal.

cognición social Pensamiento, conocimiento y comprensión del mundo social.

colapso laboral Fatiga psicológica que a menudo afecta a las personas maduras en las profesiones de servicios y de ayuda.

compañeros imaginarios Compañeros inventados por el niño, quien finge que son reales.

comparación social Evaluación que hacemos de nosotros mismos y de nuestra situación en relación con otros.

condición de pretérmino Niño que nace antes de un periodo de gestación de 35 semanas.

condicionamiento clásico Tipo de aprendizaje en que un estímulo neutral (digamos una campana) llega a producir una respuesta (la salivación por ejemplo) al parearse varias veces con un estímulo incondicionado como el alimento.

condicionamiento operante Tipo de condicionamiento que se realiza cuando se refuerza o se castiga a un organismo por emitir de manera voluntaria una respuesta determinada.

condiciones de valor Condiciones que nos imponen para considerarnos seres humanos valiosos y que a menudo es imposible cumplir.

conducta autorregulada Comportamiento personal regulado por el niño.

conducta motivada extrínsecamente Comportamiento que se realiza para obtener recompensa o evitar situaciones aversivas.

conducta motivada intrínsecamente Comportamiento que se realiza por su valor intrínseco, sin perseguir una meta en especial.

conducta prosocial Comportamiento que consiste en acciones mediante las cuales se ayuda, comparte o coopera, cuyo fin es beneficiar a otros.

conductismo radical Suposición de que sólo la conducta observable y mensurable puede estudiarse en forma científica.

congénito Innato o hereditario.

conocimiento declarativo Conocimiento factual; saber "qué".

conocimiento procedimental Conocimiento de la acción; saber "cómo".

consecución de la identidad Estado de quienes han pasado por una crisis de identidad y han hecho compromisos.

consejería genética Tipo de asesoría que ayuda a los futuros padres a evaluar los factores de riesgo de tener un hijo con trastornos genéticos.

conservación Entender que ni la forma ni el aspecto cambiante de un objeto alteran su magnitud o volumen.

consideración positiva incondicional Idea de Rogers según la cual deberíamos aceptar con afecto a los demás como seres humanos valiosos, sin reservas ni condiciones.

constancia del género Conocimiento del niño mayor de que el género es estable y que permanece inalterado pese a cambios de aspecto superficiales.

contenido Significado de un mensaje escrito u oral.

contexto Ambiente o situación particulares en que se realiza el desarrollo; el "trasfondo" del desarrollo.

contingencia Relación entre la conducta y sus consecuencias.

cordón umbilical "Cuerda" de tejido que conecta la placenta al embrión; contiene dos arterias y una vena fetales.

corregulación Adquisición del sentido de responsabilidad compartida entre los progenitores y sus hijos.

correlación Proposición matemática de la relación o correspondencia entre dos variables.

crisis de identidad Periodo de toma de decisiones sobre cuestiones importantes como "¿Quién soy y a dónde me dirijo?".

cromosoma Cadenas de genes, visibles bajo el microscopio.

cromosomas sexuales El vigesimotercer par de cromosomas que determina el sexo.

decisión y compromiso Darse cuenta de estar enamorado y hacer el compromiso de mantenerlo.

definiciones operacionales Procedimientos que emplea el investigador al realizar experimentos.

demencia Confusión, olvido y cambios de personalidad que pueden asociarse con el envejecimiento, los cuales están ligados a varias causas primarias y secundarias.

derecho a morir Opinión de que la muerte es un derecho que debe ejercerse a discreción del individuo.

desarrollo Cambios que con el tiempo se producen en la estructura, el pensamiento y la conducta de una persona como resultado de influencias biológicas y ambientales.

desensibilización sistemática En la terapia conductual, método que aminora de manera gradual la ansiedad de un individuo ante un objeto o situación específcos.

discriminación Tratar a otros en forma prejuiciada.

diseño de secuencias de cohortes Combinación de diseños longitudinales y transversales.

diseño longitudinal Estudio en que a los mismos sujetos se les observa sin interrupción durante un periodo.

diseños transversales Método para el estudio del desarrollo en que se observa una muestra de individuos de una edad y se compara con una o más muestras de individuos de otras edades.

dominante En genética, gen de un par que hace que se exprese un rasgo determinado.

duelo anticipado Prepararse emocionalmente para la muerte de un ser querido, como en el caso de una prolongada enfermedad terminal.

duelo crónico Proceso patológico en que el sobreviviente nunca logra superar el dolor.

edad biológica Posición de la persona en relación con su esperanza de vida.

edad cronológica Años de vida.

edad de viabilidad Edad (hacia las 24 semanas) en que el feto tiene 50 por ciento de probabilidades de sobrevivir fuera del vientre materno.

edad psicológica Capacidad actual del individuo para enfrentar y adaptarse a las exigencias sociales y ambientales.

edad social Estado actual del individuo en comparación con las normas culturales.

efectos del alcohol en el feto Anomalías similares, pero más moderadas, que se deben a la ingestión de alcohol durante el embarazo.

ego (yo) Componente de la personalidad consciente y orientado a la realidad.

egocentrismo Concepción del mundo orientada al yo, que consiste en percibir todo en relación con uno mismo.

embrión De un verbo griego que significa "engrosarse".

enfermedad de Alzheimer Afección que causa demencia por el deterioro progresivo de las células cerebrales, en especial las de la corteza cerebral.

episiotomía Incisión que se practica para agrandar la abertura vaginal.

erosión suicida Forma indirecta de suicidio que se da por tabaquismo y consumo excesivo de alcohol y otras sustancias.

Escala de Apgar Sistema estándar de calificación que permite a los hospitales evaluar de manera rápida y objetiva el estado del recién nacido.

espermatozoide Célula reproductora masculina, llamada también gameto.

esquemas Término con que Piaget designa las estructuras mentales que procesan la información, las percepciones y las experiencias; los esquemas del individuo cambian con el crecimiento.

esquemas de género Normas cognitivas (incluidos los estereotipos) relativas a las conductas y actitudes que son apropiadas para cada uno de los sexos.

estado de exclusión Estado de quienes han hecho compromisos sin pasar por una crisis de identidad.

estado de difusión Estado de quienes no han pasado por una crisis de identidad ni han hecho compromisos.

estado de moratoria Estado de quienes se encuentran en una crisis de identidad.

estatus fraterno Orden del nacimiento.

estereotipos de los roles de género Ideas rígidas y fijas de lo que es apropiado para las conductas masculina o femenina.

estirón del crecimiento Aumento repentino en la tasa de crecimiento que marca el inicio de la pubertad.

estructura vital Patrón global en que se basa la vida de una persona.

etapas Periodos diferenciados, a menudo con transiciones abruptas de uno al siguiente.

etapas psicosexuales Etapas freudianas del desarrollo de la personalidad que se concentran en las zonas erógenas.

etnocentrismo Tendencia a suponer que nuestras creencias, percepciones, costumbres y valores son correctos o normales y que los de otros son inferiores o anormales.

etología Ciencia que estudia los patrones de la conducta animal, en especial la que se rige por el instinto.

eutanasia activa Hecho de tomar medidas para provocar la muerte de otra persona, como en los casos de enfermedad terminal. En Estados Unidos se considera un asesinato.

eutanasia pasiva No utilizar o desconectar el equipo que sustenta la vida para que la muerte ocurra de modo natural.

evolución Proceso por el cual las especies cambian de una generación a otra, adquiriendo características positivas y perdiendo las que se han vuelto obsoletas o inútiles.

exosistema Tercer nivel que indica los ambientes u organizaciones sociales fuera de la experiencia inmediata del niño que influyen en él.

expulsión de secundinas Tercera y última etapa del parto; por lo general ocurre 20 minutos después del parto y durante esta fase se expulsan del útero la placenta y el cordón umbilical. (El término también es llamado "alumbramiento" en la jerga ginecológica.)

fábula personal Sensación del adolescente de que es especial e invulnerable, que no está sujeto a las leyes de la naturaleza que controlan el destino de los mortales comunes.

factores extrínsecos del trabajo Satisfacción por medio de sueldo, estatus y otras recompensas.

factores intrínsecos del trabajo Satisfacciones que se obtienen cuando se realiza el trabajo por su propio valor.

factores patológicos del envejecimiento Efectos acumulados de enfermedades y accidentes que pueden acelerar el envejecimiento.

familias reconstituidas o mezcladas Llamada también familia de divorciados; aquella en que los progenitores han vuelto a casarse para formar otra familia.

familias reconstituidas o mezcladas Familias en las que la madre o el padre con hijos han vuelto a casarse.

fenotipo En genética, rasgos que se expresan en el individuo.

feto Palabra de origen francés que significa "embarazado" o "fecundo".

fobia Temor infundado a un objeto o una situación.

fontanelas Placas blandas y óseas del cráneo conectadas sólo por cartílago.

forma Símbolo con que se representa el contenido.

formación de la identidad Obtención del sentido de lo que somos y de cómo encajamos en la sociedad.

gametos Células reproductoras (espermatozoides y óvulos).

gemelos dicigóticos (fraternos) Los que proceden de la fertilización de dos óvulos distintos por dos espermatozoides.

gemelos monocigóticos (idénticos) Los que proceden de la división de un solo óvulo fertilizado.

genes Unidades básicas de la herencia.

genética de la conducta Estudio de las relaciones entre conducta y características físico-genéticas.

genotipo Estructura genética de un individuo o grupo.

glaucoma Aumento potencialmente nocivo de la presión en el interior del globo ocular.

gramática pivotal Sistema con que se forman oraciones de dos palabras y que emplean los niños de entre un año y medio y dos años; comprende palabras de acción, preposiciones y posesivos (palabras pivotes) en combinación con palabras abiertas que suelen ser sustantivos.

grupo de compañeros Grupo de dos o más personas con un estatus similar, que interactúan y comparten normas y metas.

guardianes de la estirpe Rol asumido por las personas de edad madura que incluye preservar los rituales de la familia, celebrar los logros y las fiestas, conservar vivas las historias familiares y contactar a los parientes que viven muy lejos.

habilidades motoras finas Competencia en el uso de las manos.

habilidades motoras gruesas Destrezas en que intervienen los músculos más grandes o todo el cuerpo y que también muestran perfeccionamiento.

habitación Proceso de acostumbrarse a ciertas clases de estímulos y dejar de responder a ellos.

habla holofrástica En las primeras etapas de adquisición del lenguaje, el niño pequeño usa palabras aisladas para comunicar pensamientos completos u oraciones.

habla telegráfica Frases de niños de entre un año y medio y de dos años que omiten las palabras menos significativas y contienen palabras que transmiten la mayor parte del significado.

heterocigoto Indica el caso en que son diferentes los dos alelos de un rasgo dominante-recesivo simple.

hipertensión Presión arterial anormalmente alta, acompañada en ocasiones de cefaleas y de mareos.

hipótesis de la discrepancia Teoría cognoscitiva según la cual, hacia los siete meses, el niño adquiere los esquemas de objetos familiares. Cuando se le presenta una imagen y un objeto que difieren de los ya conocidos, siente incertidumbre y ansiedad.

homocigoto Indica el caso en que son iguales dos alelos de un rasgo dominante-recesivo simple.

hormonas Secreciones bioquímicas de la glándula endocrina llevadas por la sangre u otros líquidos corporales a un órgano o tejido y que estimulan o aceleran su funcionamiento.

id(ello) Componente primitivo y hedonista de la personalidad.

identidad Conjunto de conceptos bastante congruentes que tiene una persona sobre sus atributos físicos, psicológicos y sociales.

identidad de género Conocimiento de que uno es hombre o mujer y capacidad para emitir ese mismo juicio acerca de otras personas.

inferencia social Conjeturas y suposiciones sobre lo que otra persona piensa, siente o desea.

influencias no normadas Factores ambientales individuales que no ocurren en momentos predecibles de la vida de una persona.

influencias normadas por la edad Cambios biológicos y sociales que por lo regular ocurren en edades predecibles —una combinación de herencia y de factores ambientales de la especie.

influencias normadas por la historia (llamadas también factores ambientales de la especie) Acontecimientos históricos, como guerras, depresión económica y epidemias, que afectan de manera simultánea a grandes cantidades de individuos.

injerto genético Transplante de material genético de una especie a otra, con lo cual se obtiene un híbrido con características de ambos donadores.

instinto Conducta que se observa en todos los miembros normales de una especie, en las mismas condiciones y en la misma forma.

institucionalización Permanencia a largo plazo en una institución, por lo regular en forma permanente.

inteligencia cristalizada Área general de la inteligencia que incluye emitir juicios, analizar problemas y extraer conclusiones de información y conocimientos basados en la experiencia. Este tipo de inteligencia, que se basa en la educación y en cultura en general, aumenta a lo largo del ciclo vital.

inteligencia fluida Área general de inteligencia que abarca las capacidades que se emplean cuando se aprenden cosas nuevas, incluye la memorización, el razonamiento inductivo y la percepción rápida de las relaciones espaciales. Se piensa que esta clase de inteligencia alcanza su nivel máximo ya bien entrada la adolescencia.

interdependencia Dependencia recíproca.

interiorización Hacer que formen parte de uno las reglas y las normas de la conducta y adoptarlas como conjunto de valores.

intimidad Sensación de contacto estrecho que se experimenta en las relaciones amorosas.

jerga expresiva Balbuceo producido cuando un infante emplea inflexiones y patrones que imitan el habla del adulto.

laboriosidad frente a inferioridad Conflicto psicosocial que, según Erikson, ocurre durante la niñez media, en la cual los niños trabajan con mucho empeño y se les recompensa por su esfuerzo o fracasan y adquieren un sentimiento de inferioridad.

lateralización Proceso por medio del cual se ubican algunas habilidades y competencias en uno de los hemisferios del cerebro.

lenguaje productivo Comunicación oral o escrita del preescolar.

lenguaje receptivo Repertorio de palabras y órdenes que entiende el niño, aun cuando no sepa utilizarlas.

ley del efecto Principio de la teoría del aprendizaje según el cual las consecuencias de una conducta determinan la probabilidad de que se repita.

licencia familiar Permiso que establece la ley estadounidense para atender asuntos y problemas de familia, sobre todo los relacionados con el cuidado de los hijos.

líquido amniótico Líquido que sirve de amortiguador al embrión o al feto y que los protege.

longitud promedio de la emisión Extensión de las oraciones que genera el niño.

macrosistema A diferencia de otros niveles, éste —el nivel más externo— no alude a un ambiente en particular. Consta de los valores, las leyes y las costumbres de la sociedad en la que vivimos.

madurez para la jubilación Preparación de una persona para el retiro.

maltrato del niño Daños intencionales de carácter psicológico o físico que se infligen al niño.

mecanismo de adquisición del lenguaje Expresión con que Chomsky indica una serie de estructuras mentales que ayudan al hombre a aprender el lenguaje.

mecanismos de defensa “Trucos” cognoscitivos de los que se vale el indi-

viduo para reducir las tensiones que le provocan ansiedad.

meiosis Proceso de división celular en las células reproductoras que produce una cantidad infinita de arreglos cromosómicos diferentes.

menarquia Momento en que ocurre el primer periodo menstrual.

menopausia Cese permanente de la menstruación; ocurre en la madurez y puede acompañarse de síntomas físicos y de intensas reacciones emocionales en algunas mujeres más que en otras.

mesosistema Segundo nivel que está constituido por las interrelaciones entre dos o más microsistemas.

metacognición Proceso que consiste en supervisar el pensamiento, la memoria, el conocimiento, las metas y las acciones personales.

método de habituación Para estudiar las capacidades perceptuales del infante, los investigadores lo acostumbran a ciertos estímulos y luego los cambian.

método de la preferencia A los infantes se les permite escoger entre los estímulos que verán o escucharán. El investigador registra a cuáles presta mayor atención. Si un niño siempre dedica más tiempo a uno de los dos estímulos, la preferencia indica que es capaz de percibir una diferencia y de responder a ella de manera deliberada.

microsistema Primer nivel que designa las actividades, roles e interacciones de un individuo y de su ambiente inmediato: el hogar, el centro de atención diurna o la escuela.

mielinización Formación de la vaina de mielina que cubre las vías rápidas del sistema nervioso central. La vaina aumenta la rapidez de transmisión y la precisión del sistema nervioso.

miopía Defecto visual que consiste en ver sólo los objetos próximos al ojo.

mitosis Proceso de división celular normal que produce dos células idénticas a la célula madre.

modelo de crisis Teoría que fundamenta que los cambios de la madurez son abruptos y a menudo causan estrés.

modelo de sistemas ecológicos Paradigma de desarrollo en que el niño reestructura de manera activa los aspectos de los cuatro niveles ambientales donde vive, al mismo tiempo que recibe el influjo de los niveles y de sus interrelaciones.

modelo de transición Teoría que sustenta que los cambios de la madurez son graduales.

modificación de conducta Método que utiliza técnicas del condicionamiento (como el reforzamiento, la recompensa y el moldeamiento) para modificar un comportamiento.

moldeamiento Reforzamiento sistemático de las aproximaciones sucesivas a un acto deseado.

monitor fetal Monitor externo que registra la intensidad de las contracciones uterinas y los latidos cardíacos del niño por medio de dos cinturones que se colocan alrededor del abdomen de la madre. El monitor externo es un tubo de plástico con electrodos que se introduce en la vagina y se sujeta a la cabeza del niño.

monólogos colectivos Conversaciones de los niños que incluyen tomar turnos para hablar, pero no necesariamente sobre el mismo tema.

motivación de logro Motivo aprendido que impulsa a destacar y a conseguir el éxito.

muerte sumisa Suicidio que consiste en dejarse morir.

muestreo de vello coriónico Extracción de células de las membranas que rodean al feto; este método se realiza con una jeringa o con un catéter. Esta prueba puede llevarse a cabo más rápidamente que con la amniocentesis, ya que se obtienen más células.

neonatos Bebés durante el primer mes de vida.

neuronas Células que constituyen el sistema nervioso. Se forman en el periodo prenatal y continúan creciendo y ramificándose durante toda la vida.

nido vacío Periodo del ciclo de la vida familiar que ocurre después de que el último hijo se marcha del hogar.

niños resistentes Los que superan los ambientes difíciles y llevan una vida socialmente adecuada.

normas sociales Reglas y convenciones que regulan las interacciones sociales.

obesidad Pesar por lo menos 20 por ciento más del peso ideal correspondiente a la estatura.

observación de laboratorio Método en que el investigador crea situaciones controladas, cuyo fin es producir la conducta de interés.

observación naturalista o de campo Método en que el investigador acude a las situaciones comunes, observa y registra la conducta procurando mantenerse lo más objetivo posible.

osteoporosis Pérdida de la masa ósea y aumento de la fragilidad de los huesos

durante la madurez y en los años posteriores.

otros significativos Personas a cuyas opiniones un individuo da mucha importancia.

ovulación Liberación del óvulo hacia una de las dos trompas de Falopio; se realiza por lo regular a los 14 días posteriores a la menstruación.

óvulos Células reproductoras de la mujer.

padres autoritarios Progenitores que adoptan estructuras con reglas rígidas y las imponen a sus hijos; en esta situación, el niño no interviene en el proceso de toma de decisiones de la familia.

padres autoritativos (o con autoridad) Progenitores que aplican un control firme a sus hijos, pero que alientan la comunicación y la negociación en el establecimiento de las reglas de la familia.

padres indiferentes Progenitores a quienes no les interesan su rol de padres ni sus hijos; ejercen poco control sobre ellos y les muestran poco afecto.

padres permisivos Progenitores que ejercen poco control sobre sus hijos, pero que son muy afectuosos con ellos; en esta situación, a los hijos les es difícil frenar sus impulsos o posponer la gratificación.

paradigma de la sorpresa Método de investigación con que se prueban la memoria del infante y sus expectativas. No puede registrar lo que recuerda o espera, pero reacciona con sorpresa cuando no se cumplen sus expectativas.

paradigma de la novedad Plan de investigación que se sirve de la preferencia del infante por estímulos novedosos sobre los conocidos para investigar su capacidad de distinguir las diferencias de sonidos, patrones o colores.

paradigmas contextuales Planteamiento de que muchos factores ambientales, sociales, psicológicos e históricos interactúan y determinan el desarrollo.

pareja con doble ingreso Matrimonio o pareja que comparte un hogar en el que ambos cónyuges contribuyen al ingreso familiar como miembros de la fuerza laboral asalariada.

parto "natural" o preparado Parto que adopta diversas modalidades, pero se basa siempre en los procedimientos ideados principalmente por el obstetra francés Fernand Lamaze.

parto tradicional Trabajo de parto y parto en el hospital.

pasión Segundo componente del amor que se refiere a la atracción física, la

excitación y la conducta sexual en una relación.

pensamiento dialéctico Pensamiento que trata de integrar ideas u observaciones contrarias o antagónicas.

pequeño para la fecha de nacimiento Recién nacido a término que pesa menos de 2.40 kilogramos.

percepción Proceso complejo por el cual la mente interpreta la información sensorial y le da significado.

perinatología Rama de la medicina que estudia el parto como un lapso que abarca la concepción, el periodo prenatal, el parto y los primeros meses de vida.

periodo crítico Único momento en que determinado factor ambiental puede producir su efecto.

periodo embrionario Segundo periodo prenatal que abarca del final de la segunda semana al término del segundo mes posterior a la concepción. En esta etapa se constituyen las estructuras y órganos principales del nuevo ser.

periodo fetal Etapa final del desarrollo prenatal que comprende desde el inicio del segundo mes posterior a la concepción hasta el nacimiento. Durante este periodo todos los órganos maduran y se vuelven funcionales.

periodo germinal Después de la concepción, periodo de división muy rápida de la célula y de la diferenciación celular inicial que dura unas dos semanas.

periodo sensoriomotor Primer periodo de Piaget del desarrollo cognoscitivo (del nacimiento a los dos años aproximadamente). Los infantes usan esquemas de acción —observar, coger, etc.— para conocer su mundo.

periodos Etapas.

periodos sensibles u óptimos Aquellos en que ciertos tipos de aprendizaje y desarrollo se realizan en la forma más adecuada y eficaz, pero no de modo exclusivo.

permanencia del objeto Según Piaget, inicio de la comprensión, hacia los ocho meses de edad, de que los objetos siguen existiendo cuando no están a la vista.

permisividad (o usos potenciales de los objetos —affordances) Diferentes oportunidades de interacción que ofrece una percepción; por ejemplo, los pasillos se construyen para andar por ellos.

personalidad Creencias, actitudes y formas características de interactuar con la gente.

personalidad andrógina Individuos que poseen un elevado grado tanto

de características masculinas como femeninas.

piedad filial Veneración que se tributa a los ancianos en las culturas orientales. Se manifiesta en las tradiciones culturales, lo mismo que en los encuentros cotidianos.

placenta Masa de tejido en forma de disco que se forma a lo largo de la pared del útero, por la que el embrión recibe nutrientes y elimina los desechos.

pragmática Aspectos sociales y prácticos del uso del lenguaje.

prejuicio Actitud negativa que se forma sin una razón suficiente y que en general se dirige contra las personas por su pertenencia a cierto grupo

presentación de nalgas Posición del niño en el útero en la cual las nalgas son lo que aparecen primero; generalmente, en tales casos se requiere ayuda para que el niño no se lastime ni sufra anoxia.

problemas de aprendizaje Dificultades extremas para aprender asignaturas como la lectura, la escritura o las matemáticas, pese a poseer una inteligencia normal y no tener defectos sensoriales ni motores.

procesos de control Procesos cognoscitivos superiores que mejoran la memoria.

pruebas referidas a un criterio Instrumentos que evalúan el desempeño de un individuo en relación con el dominio de determinadas habilidades u objetivos.

pruebas referidas a una norma Instrumentos que comparan el desempeño de un individuo con el de otros miembros del mismo grupo de edad.

psicología humanista Teoría de que el ser humano toma decisiones y busca cumplir metas positivas de índoles personal y social.

pubertad Obtención de la madurez sexual en varones y en mujeres.

realismo moral Expresión con que Piaget designa la primera etapa del desarrollo moral, en la cual el niño cree que las reglas son cosas reales e indestructibles.

recesivo En genética, uno de un par de genes que determina un rasgo en el individuo, sólo si el otro miembro del par también es recesivo.

reciprocidad, o sincronía de la interacción Patrón de intercambio entre el cuidador y el infante, en que cada uno responde e influye en los movimientos y ritmos del otro.

reconocimiento Capacidad de identificar de manera correcta lo que se ha

experimentado antes cuando aparece de nuevo.

recuerdo Capacidad de recuperar la información y los hechos que no están presentes, con señales o sin ellas.

referenciación social Señales emocionales sutiles, por lo general provenientes de los progenitores que influyen en la conducta del niño.

reflejos de supervivencia Reflejos que son necesarios para adaptarse y sobrevivir, especialmente en las primeras semanas de vida, antes que los centros superiores del cerebro asuman el control.

reflejos primitivos Reflejos que no tienen un evidente valor de supervivencia, pero que quizá fueron importantes en alguna etapa de la historia evolutiva de la humanidad.

reforzamiento parcial Procedimiento en que sólo se refuerzan algunas respuestas; genera hábitos más sólidos que el reforzamiento continuo.

relativismo moral Expresión con que Piaget designa la segunda etapa del desarrollo moral, en la cual el niño se da cuenta de que las reglas son acuerdos susceptibles de modificarse en caso necesario.

reloj biológico Forma de sincronización interna con que se mide el desarrollo del adulto; medio por el que sabemos si estamos progresando muy rápida o lentamente en relación con los sucesos sociales más importantes que ocurren durante la adultez.

replicación Repeticiones sistemáticas de experimentos para determinar si los resultados son válidos y generalizables.

representación simbólica Uso de una palabra, imagen, gesto u otro signo para representar hechos, experiencias y conceptos pasados y presentes.

responsabilidad social Obligaciones con la familia, los amigos y la sociedad en general.

retraso mental Funcionamiento intelectual y habilidades de autoayuda muy por debajo del promedio, cuya aparición se da antes de los 18 años de edad.

ritos de transición Hechos o rituales simbólicos que marcan las transiciones de la vida, como el que se da entre la niñez y la condición de adulto.

roles de género Papeles que adoptamos respecto del hecho de ser varón o mujer.

sabiduría Sistema de conocimientos expertos que se concentra en los aspectos pragmáticos de la vida y que incluye

excelentes juicios y consejos sobre problemas trascendentales, entre los que se cuentan el significado de la vida y la condición humana; la sabiduría representa la cúspide de la inteligencia humana.

saco amniótico Membrana llena de líquido que alberga al embrión o al feto.

selección natural Teoría de Darwin sobre cómo se realiza la evolución.

senescencia El proceso normal de envejecimiento que no se relaciona con la aparición de enfermedades en el individuo.

sensación Registro simple del estímulo por un órgano sensorial.

síndrome de alcoholismo fetal Anomalías congénitas que comprenden tamaño pequeño, bajo peso al nacer, ciertos rasgos faciales y retraso mental, debidos al consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo.

síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) Enfermedad mortal causada por el virus de inmunodeficiencia humana. Cualquier persona puede contraerla por contacto sexual o por exposición a la sangre o agujas infectadas.

síndrome de los niños que no progresan Estado en que los infantes son pequeños para su edad y a menudo se enferman por desnutrición o un cuidado inadecuado.

sistemas de significado Sistemas de creencias que moldean nuestras experiencias, organizan nuestros pensamientos y sentimientos y determinan nuestra conducta.

sobrerregulación Generalización de los principios complejos del lenguaje, casi siempre en preescolares que empiezan a ampliar en forma rápida su vocabulario.

sobrexextensiones Tendencia del niño a generalizar algunas palabras específicas, como cuando emplea "gato" para designar a todos los felinos.

socialización Proceso mediante el cual aprendemos las reglas de nuestra sociedad, sus leyes, sus normas y valores.

sociobiología Rama de la etología según la cual la conducta social está determinada en gran medida por la herencia biológica del organismo.

subdialectos Diferencias subculturales del lenguaje; los hablantes de los diferentes subdialectos suelen entenderse unos a otros.

subordinación funcional Integración de varias acciones o esquemas simples a un patrón de conducta más complejo.

suicidio asistido Ofrecer al paciente terminal los medios para poner fin a su vida.

superego (superyó) Componente consciente que abarca al ego ideal.

temor Estado de activación, tensión o aprensión causado por una circunstancia específica e identificable.

temperamento Estilos conductuales innatos.

tendencia cefalocaudal Secuencia del crecimiento que ocurre primero en la cabeza y que avanza hacia los pies.

tendencia de lo general a lo específico Tendencia a reaccionar ante los estímulos primero con movimientos generalizados del cuerpo entero, los cuales después se vuelven locales y específicos.

tendencia proximodistal Secuencia del crecimiento que se realiza de la parte medial del cuerpo hacia afuera.

teoría del desarrollo cognoscitivo Enfoque que se concentra en el desarrollo del pensamiento, del razonamiento y de la solución de problemas.

teoría del procesamiento de información Teoría del desarrollo humano que se sirve de la computadora como analogía de la forma en que la mente humana recibe, analiza y almacena la información.

teoría psicoanalítica Teoría que se basa en las ideas de Freud, quien propuso una concepción determinista de la naturaleza humana. Pensaba que la personalidad está motivada por pulsiones biológicas innatas.

teoría psicosocial Según Erikson, hay fases del desarrollo durante las cuales la capacidad del individuo para experimentar determina los grandes ajustes al ambiente social y con el yo (o sí mismo) mismo.

teorías estocásticas del envejecimiento Teorías según las cuales el cuerpo envejece por las agresiones aleatorias de los medios interno y externo.

teóricos del aprendizaje Designación que se aplica generalmente a los conductistas radicales que se concentran en este proceso.

terapia génica (o terapia correctiva de genes) Reparación o sustitución de genes individuales para corregir defectos.

teratógenos Agentes tóxicos de cualquier tipo que causan anomalías o defectos congénitos.

trabajo de duelo Afrontamiento de las reacciones emocionales ante la pérdida de un ser querido.

trabajo de parto y parto Segunda etapa del parto que comienza con contracciones más fuertes y regulares y que termina con el nacimiento del niño. Una vez dilatada la cervix en su totalidad, las contracciones empiezan a impulsar el producto por el canal de parto.

trabajo inicial de parto Primera etapa del trabajo de parto en que la abertura cervical del útero comienza a dilatarse para permitir el paso del niño.

transición de estatus Cambio de roles o posición que ocurre cuando una persona entra en la adolescencia, tiene hijos, se jubila o enviuda.

Trastorno de déficit de la atención con hiperactividad Incapacidad para concentrarse en algo lo suficiente como para aprenderlo, acompañada a menudo de un deficiente control de los impulsos.

trimestre Los tres segmentos temporales de igual duración que comprenden el periodo de gestación.

trompas de Falopio Par de conductos que dan a la parte superior del útero y que transportan los óvulos del ovario al útero.

ultrasonido Método que se sirve de ondas sonoras para obtener una imagen del feto en el útero.

uso Forma en que un hablante emplea el lenguaje para darle un significado en vez de otro.

validez ecológica Nivel en que el investigador aplica lo que sucede en el mundo real.

variable dependiente Variable que cambia en un experimento cuando se manipula la variable independiente.

variable independiente Variable que se manipula en un experimento para observar sus efectos en la variable dependiente.

virus Organismos ultramicroscópicos que se reproducen sólo en células vivas y que pueden cruzar la barrera de la placenta.

zona del desarrollo proximal Concepto de Vygotsky de que, con ayuda de los adultos o de compañeros mayores, los niños se desarrollan al participar en actividades que rebasen un poco su competencia.

Bibliografía

■ A

- AAP. TASK FORCE ON INFANT POSITIONING AND SIDS (1992). Positioning and sids. *Pediatrics*, 89(6), 1120–1126.
- ABBOTT, J. W. (1978). Hospice. *Aging*, 5(3), 38–40.
- ABEL, E. L. (1995). An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicology and Teratology*, 17, 437–443.
- ABLER, R. M. Y SEDLACEK, W. E. (1989). Freshman sexual attitudes and behaviors over a 15-year-period. *Journal of College Student Development*, 30, 201–209.
- ABRAHAMS, B., FELDMAN, S. S. Y NASH, S. C. (1978). Sex role self-concept and sex role attitudes: Enduring personality characteristics or adaptations to changing life situations? *Developmental Psychology*, 14(4), 393–400.
- ABRAMOVITCH, R. Y GRUSEC, J. E. (1978). Peer imitation in a natural setting. *Child Development*, 49, 60–65.
- ACHENBACH ET AL. (1991). National survey of problems and competencies among four-to-sixteen-year olds. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 56, (serie núm. 225) 3.
- ACHENBACH, T. M. (1982). *Developmental Psychopathology*. Nueva York: Wiley.
- ADAMS, B. B. (1979). Mate selection in the United States: A theoretical summarization. En W. Butt, R. Hill, I. Nye y I. Reis (Eds.), *Contemporary theories about the family* (vol. 1, pp. 259–267). Nueva York: Free Press.
- ADAMS, D. (1983). *The psychosocial development of professional black women's lives and the consequences of career for their personal happiness*. Unpublished doctoral dissertation. Wright Institute, Berkeley, CA.
- ADAMS, R. G. Y BLIESZNER, R. (1998). Baby boomer friendships. *Generations*, primavera, 70–75.
- ADOLPH, K. E. (1997). Learning in the development of infant locomotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 62 (3, serie núm. 251).
- AINSWORTH, M. D. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- AINSWORTH, M. D. (1973). The development and infant-mother attachment. En B. M. Caldwell y H. N. Ricciuti (eds.), *Review of child development research* (vol. 3). Chicago: University of Chicago Press.
- AINSWORTH, M. D. S. (1983). Patterns of infant-mother attachment as related to maternal care. En D. Magnusson y V. Allen (eds.), *Human development: An interactional perspective*. Nueva York: Academic Press.
- AINSWORTH, M. D. S. Y BOLBY, J. (abril de 1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333–341.
- AINSWORTH, M. D., BLEHAR, M., WATERS, E. Y WALL, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E. Y WALL, S. (1979). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- AINSWORTH, M. D., BLEHAR, M. C., WATERS, E. Y WALL, S. (1979). *Patterns of attachment*. Nueva York: Halsted Press.
- AIZENBERG, R. Y TREAS, J. (1985). The family in late life: Psychosocial and demographic considerations. En J. Birren y K. Warner Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed.). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1994). *Sex and America's teenagers*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.
- ALDOUS, J. (1978). *Family careers: Developmental change in families*. Nueva York: Wiley.
- ALESSANDRI, S. M. (1992). Effects of maternal work status in single-parent families on children's perception of self and family and school achievement. *Journal of Experimental Child Psychology*, 54, 417–433.
- ALEXANDER, T. (noviembre de 1970). Psychologists are rediscovering the mind. *Fortune*, pp. 108–111ff.
- ALLEN, M., DONOHUE, P. Y DUSMAN, A. (1993). The limits of viability-Neonatal outcome of infants born at 22 to 25 weeks' gestation. *New England Journal of Medicine*, 329(22), 1597–1601.
- ALLEN, P. A. ET AL. (1992). Impact of age, redundancy, and perceptual noise on visual search. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47(2), 69–74.
- ALLGAIER, A. (1978). Alternative birth centers offer family-centered care. *Hospitals*, 52, 97–112.
- ALMO, H. S. (1978). Without benefit of clergy: Cohabitation as a noninstitutionalized marriage role. En K. Knaf y H. Grace (Eds.), *Families across the life cycle: Studies from nursing*. Boston: Little, Brown.
- ALPERT, J. L. Y RICHARDSON, M. (1980). Parenting. En L. W. Poon (ed.), *Aging in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- ALPERT-GILLIS, L. J. Y CONNELL, J. P. (1989). Gender and sex-role influences on children's self-esteem. *Journal of Personality*, 57, 97–113.
- ALSOP, R. (24 de abril de 1984). As early retirement grows in popularity, some have misgivings. *Wall Street Journal*.
- AMATO, P. R. (febrero de 1993). Children's adjustment to divorce: Theories, hypotheses, and empirical support. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 23–38.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1996). *Policy statement: Drug-exposed infants*. Washington, DC.
- AMERICAN ASSOCIATION OF UNIVERSITY WOMEN. (1991) *Shortchanging girls, shortchanging America: Executive Summary*. Washington, DC: American Association of University Women Educational Foundation.
- AMERICAN ASSOCIATION OF UNIVERSITY WOMEN. (1992) *How schools shortchange women: The AAUW Report*. Washington, DC: American Association of University Women Educational Foundation.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1973). *Ethical principles in the conduct of research with human participants*. Washington, DC: APA.
- AMES, L. B. (diciembre de 1971). Don't push your preschooler. *Family Circle*.
- ANCOLIE-ISRAEL, S., KRIPKE, D. F., MASON, W. Y KAPLAN, O. J. (1985). Sleep apnea and periodic movements in an aging sample. *Journal of Gerontology*, 40(4), 419–425.
- ANDERSON, D. R. Y COLLINS, P. A. (1988). The impact on children's education: Television's influence on cognitive development. Washington, DC: U.S. Department of Education, Office of Educational Research and Improvement.
- ANDERSON, D. R., LORCH, E. P., FIELD, D. E. Y SANDERS, J. (1981). The effects of tv program comprehensibility on preschool children's visual attention to television. *Child Development*, 52, 151–157.
- ANDERSON, E. S. (marzo de 1979). *Register variation in young children's role-playing speech*. Documento presentado en el simposio

- Communicative Competence, Language Use, and Role-playing, Society for Research and Child Development.
- ANDERSSON, B. E. (1989). Effects of public day-care: A longitudinal study. *Child Development*, 60, 857-866.
- ANGIER, N. (11 de junio 11 de 1995). If you're really ancient, you may be better off. *New York Times*, sección 4, pp. 1 y 5.
- ANTHONY, E. J. y COHLER, B. J. (eds.). (1987). *The invulnerable child*. Nueva York: Guilford.
- ANTIAL, J. K. y COTTIN, S. (1988). Factors affecting the division of labor in households. *Sex Roles*, 18, 531-553.
- APA TASK FORCE ON WOMEN AND DEPRESSION. (invierno de 1991). APA study finds no simple explanation for high rate of depression in women. *Quarterly Newsletter of the National Mental Health Association*, p. 5.
- APGAR, V. (1953). Proposal for a new method of evaluating the newborn infant. *Anesthesia and Analgesia*, 32, 260-267.
- APTER, T. E. (1995). *Secret paths: Women in the new midlife*. Nueva York: Norton.
- AQUILINO, W. S. (1990). The likelihood of parent-adult child coresidence: Effects of family structure and parental characteristics. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 405-419.
- AQUILINO, W. S. (noviembre de 1994). Late life parental divorce and widowhood: Impact on young adults' assessment of parent-child relations. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 908-922.
- AQUILINO, W. S. (1996). The returning child and parental experience at midlife. En C. D. Ryff y M. M. Seltzer (eds.) *The parental experiment in midlife*. Chicago: University of Chicago Press.
- ARCHER, S. L. (1985). Identity and the choice of social roles. *New Directions for Child Development*, 30, 79-100.
- AREND, R. A., GORE, F. L. y SROUFE, L. A. (1979). Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten. *Child Development*, 50, 950-959.
- ARIES, P. (1962). *Centuries of childhood*. (R. Baldick, trans.). Nueva York: Knopf.
- ARIES, P. (1981). *The hour of our death*. Nueva York: Knopf.
- ARIES, P. (1989). Introduction. En R. Chartier (ed.), *A history of a private life: vol. 3: Passions of the Renaissance* (pp. 1-11). Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.
- ARMITAGE, S. E., BALDWIN, B. A. y VINCE, N. A. (1980). The fetal sound environment of sheep. *Science*, 208, 1173-1174.
- ARMSTRONG, T. (1996). A holistic approach to attention deficit disorder. *Educational Leadership*, 53, 34-36.
- ASHER, S. R. (1983). Social competence and peer status: Recent advances and future directions. *Child Development*, 54, 1427-1434.
- ASHER, S. R. (1990). Recent advances in the study of peer rejection. En S. R. Asher y J. D. Coie (eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 3-13). Nueva York: Cambridge University Press.
- ASHER, S. R., RENSHAW, P. D. y HYMEL, S. (1982). Peer relations and the development of social skills. En W. W. Hartup (ed.), *The young child: Reviews of research* (vol. 3). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- ASLIN, R. (1987). Visual and auditory development in infancy. En J. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed.). Nueva York: Wiley.
- ASLIN, R. N. (1987). Motor aspects of visual development in infancy. En P. Salapatek y L. Cohen (eds.), *Handbook of infant perception: vol. 1. From sensation to perception*. Nueva York: Academic Press.
- ASLIN, R. N., PISONI, D. V. y JUSCZYK, P. W. (1983). Auditory development and speech perception in infancy. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology* (vol. 2). Nueva York: Wiley.
- ASLIN, R. N. y SMITH, L. B. (1988). Perceptual development. *Annual Review of Psychology*, 39, 435-473.
- ASSO, D. (1983). *The real menstrual cycle*. Chichester, UK: Wiley.
- ASTIN, A. W. (1977). *Four critical years*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ASTLEY, S. J., CLARREN, S. K., LITTLE, R. E., SAMPSON, P. D. y DALING, J. R. (1992). Analysis of facial shape in children gestationally exposed to marijuana, alcohol and/or cocaine. *Pediatrics*, 89, 67-77.
- ATCHLEY, R. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- ATCHLEY, R. C. (1982). The process of retirement: Comparing women and men. En M. Szlnovacy (ed.), *Women's retirement: Policy implications of recent research*. Londres: Sage.
- ATHEY, I. J. (1984). Contributions of play to development. En T. D. Yawkey y A. D. Pellegrini (eds.), *Child's play*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ATKINSON, R. C. y SHIFFRIN, R. M. (1971). The control of short-term memory. *Scientific American*, 225(2), 82-90.
- AUSUBEL, F., BECKWITH, J. y JANSSEN, K. (junio de 1974). The politics of genetic engineering: Who decides who's defective? *Psychology Today*, p. 30ff.
- **B**
- BABLADELIS, G. (1987). Young persons' attitudes toward aging. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 553-554.
- BABSON, S. G. y BENSON, R. C. (1966). *Primer on prematurity and high-risk pregnancy*. St. Louis: Mosby.
- BACHMAN, D. L. (septiembre de 1992). Sleep disorders with aging: Evaluation and treatment. *Geriatrics*, 47(23), 41-52.
- BAILLARGEON, R. (1987). Object permanence in three-and-a-half- and four-and-a-half-month-old infants. *Developmental Psychology*, 23(5), 655-674.
- BAILLARGEON, R. y DEVOS, J. (1991). Object permanence in young infants: Further evidence. *Child Development*, 62, 1227-1246.
- BAKEMAN, R. y ADAMSON, L. B. (1990). Kung infancy: The social context of object exploration. *Child Development*, 61, 794-809.
- BAKER, B. L. y BRIGHTMAN, A. J. (1989). *Steps to independence: A skills training guide for parents and teachers of children with special needs* (2a. ed.). Baltimore: Paul H. Brookes.
- BALDWIN, B. A. (octubre de 1986). Puberty and parents: Understanding your early adolescent. *PACE*, pp. 13, 15-19.
- BALDWIN, J. M. (1906). *Mental development in the child and the race: Methods and processes* (3a. ed.). Nueva York: Macmillan.
- BALL, W. y TRONICK, E. (1971). Infant responses to impending collision: Optical and real. *Science*, 171, 818-820.
- BALTES, P. B. (1979). Life-span developmental psychology: Some converging observations on history and theory. En P. B. Baltes y O. G. Brim (eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 2). Nueva York: Academic Press.
- BALTES, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics of growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- BALTES, P. B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *Gerontologist*, 33(5), 580-594.
- BALTES, P. B. y BALTES, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Nueva York: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- BANDURA, A. (1964). The stormy decade: Fact or fiction. *Psychology in the Schools*, 1, 224-231.
- BANDURA, A. (1965). Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 589-595.
- BANDURA, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- BANDURA, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- BANDURA, A. (1982). The psychology of chance encounters and life paths. *American Psychologist*, 37, 747-755.
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- BANDURA, A. y WALTERS, R. H. (1959). *Adolescent aggression*. Nueva York: Ronald Press.
- BANDURA, A. y WALTERS, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- BANDURA, A., ROSS, D. y ROSS, S. A. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 3-11.
- BANKOFF, E. (1986). Peer support for widows: Personal and structural characteristics related to its provision. En S. Hobfoll (ed.), *Stress, social support, and women* (pp. 207-222). Washington, DC: Hemisphere.
- BANKS, M. y DANNEMILLER, J. (1987). Infant visual psychophysics. En P. Salapatek y L. Cohen (eds.), *Handbook of infant perception: vol. 1. From sensation to perception*. Nueva York: Academic Press.
- BANKS, M. S. y SALAPATEK, P. (1983). Infant visual perception. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology* (4a. ed.). Nueva York: Wiley.

- BARBERO, G. (1983). Failure to thrive. En M. Klaus, T. Leger y M. Trause (eds.), *Maternal attachment and mothering disorders*. New Brunswick, NJ: Johnson & Johnson.
- BARER, B. M. (1994). Men and women aging differently. *International Journal of Aging and Human Development*, 38, 29-40.
- BARKER, R. G., DEMBO, T. Y LEWIN, K. (1943). Frustration and regression. En R. G. Barker, J. S. Kounin y H. F. Wright (eds.), *Child behavior and development*. Nueva York: McGraw-Hill.
- BARNES, D. M. (1989). "Fragile X" syndrome and its puzzling genetics. *Research News*, pp. 171-172.
- BARNES, H. L. Y OLSEN, D. H. (1985). Parent-adolescent communication and the circumplex model. *Child Development*, 56, 438-447.
- BARNETT, M. Y PLEACK, M. (1992). Men's multiple roles and their relationship to men's psychological distress. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 358-367.
- BARNETT, R. Y BARUCH, G. (1987). Social roles, gender, and psychological distress. En R. Barnett, L. Biener y G. Baruch (eds.), *Gender and stress* (pp. 122-143). Nueva York: Free Press.
- BARON, N. S. (1992). *Growing up with language: how children learn to talk*. Reading, Ma.: Addison-Wesley Publishing Co.
- BARR, H. DARBY, B., STREISSGUTH, A. Y SAMPSON, P. (1990). Prenatal exposure to alcohol, caffeine, tobacco, and aspirin: Effects on fine and gross motor performance in 4-year-old children. *Developmental Psychology*, 26(3), 339-348.
- BARRETT, H. C. (marzo de 1994). Technology-supported assessment portfolios. *The Computing Teacher*, 9-12.
- BARTECCHI, C. E., MACKENZIE, T. D. Y SCHRIER, R. W. (mayo de 1995). The global tobacco epidemic. *Scientific American*, pp. 44-51.
- BARTOSHUK, L. Y WEIFFENBACH, J. (1990). Chemical senses and aging. En E. Schneider y J. Rowe (eds.), *Handbook of the biology of aging* (pp. 429-444). San Diego: Academic Press.
- BARUCH, G. K. Y BARNETT, R. C. (1986a). *Consequences of fathers' participation in family work: Parent role strain and well-being* (documento de trabajo núm. 159). Wellesley, MA: Wellesley College Center for Research on Women.
- BARUCH, G. Y BARNETT, R. (1986b). Role quality, multiple role involvement, and psychological well-being in midlife women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 578-585.
- BARUCH, G. K., BIENER, L. Y BARNETT, R. (febrero de 1987). Women and gender in research on work and family stress. *American Psychologist*, pp. 130-135.
- BARUCH, G. Y BROOKS-GUNN, J. (1984). The study of women in mid-life. En G. Baruch y J. Brooks-Gunn (eds.), *Women in midlife* (pp. 1-8). Nueva York: Plenum.
- BASIC BEHAVIORAL SCIENCE TASK FORCE (1996). Vulnerability and resilience. *American Psychologist*, 51:1, 22-28.
- BASSUCK, E. L., BROWNE, A. Y BUCKNER, J. C. (1996). Single mothers and welfare. *Scientific American*, 275, octubre, 60-67.
- BATEMAN, D., NG, S., HANSEN, C. Y HEAGARTY, M. (1993). The effects of interuterine cocaine exposure in newborns. *American Journal of Public Health*, 83(2), 190-194.
- BATES, E., O'CONNELL, B. Y SHORE, C. (1987). Language and communication in infancy. En J. D. Osofsy (ed.), *Handbook of infant development* (2a. ed.). Nueva York: Wiley.
- BATES, J. E. (1987). Temperament in infancy. En J. D. Osofsy (ed.), *Handbook of infant development* (2a. ed., pp. 1101-1149). Nueva York: Wiley.
- BATESON, G. (1955). *A theory of play and fantasy*. *Psychiatric Research Reports*, 2, 39-51.
- BAUER, P. J. Y THAL, D. J. (1990). Scripts or scraps: Reconsidering the development of sequential understanding. *Journal of Experimental Child Psychology*, 50, 287-304.
- BAUMRIND, D. (1972). Socialization and instrumental competence in young children. En W. W. Hartup (ed.), *The young child: Reviews of research* (vol. 2). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- BAUMRIND, D. (1975). *Early socialization and the discipline controversy*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- BAUMRIND, D. (1978). A dialectical materialist's perspective on knowing social reality. *New Directions for Child Development*, 2.
- BAUMRIND, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-650.
- BAUMRIND, D. (1987). A developmental perspective on adolescent risk-taking in contemporary America. *New Directions for Child Development*, 37, 93-125.
- BAUMRIND, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- BAYDAR, N. Y BROOKS-GUNN, J. (1991). Effects of maternal employment and child-care arrangements on preschoolers' cognitive and behavioral outcomes: Evidence from the children of the National Longitudinal Survey of Youth. *Developmental Psychology*, 27(6), 932-945.
- BAYLEY, N. (1965). Research in child development: A longitudinal perspective. *Merrill-Palmer Quarterly*, 11, 183-208.
- BAYLEY, N. (1969). *Bayley scales of infant development*. Nueva York: Psychological Corporation.
- BAZZINI, D. G., MCINTOSH, W. D., SMITH, S. M., COOK, S. Y HARRIS, C. (1997). The aging woman in popular film: Underrepresented, unattractive, unfriendly, and unintelligent. *Sex Roles*, 36, 531-543.
- BEAL, C. R. (1987). Repairing the message: Children's monitoring and revision skills. *Child Development*, 58, 401-408.
- BEARON, L. (1989). No great expectations: The underpinnings of life satisfaction for older women. *The Gerontologist*, 29, 772-776.
- BECK, M. (15 de agosto de 1988). Miscarriages. *Newsweek*, pp. 46-49.
- BECKER, J. (1993). Young children's numerical use of number words: counting in many-to-one situations. *Developmental Psychology*, 29(3), 458-465.
- BECKER, P. M. Y JAMIESON, A. O. (marzo de 1992). Common sleep disorders in the elderly: Diagnosis and treatment. *Geriatrics*, 47(3), 41-52.
- BECKER, W. C. (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. En M. L. Hoffman (ed.), *Review of child developmental research* (vol. 1). Nueva York: Russell Sage Foundation.
- BECKWITH, L. Y COHEN, S. E. (1989). Maternal responsiveness with preterm infants and later competency. En M. H. Bornstein (ed.), *New Directions for Child Development*; vol. 43. Maternal responsiveness: Characteristics and consequences. San Francisco: Jossey-Bass.
- BEEGLY, M. Y CICCCHETTI, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5-30.
- BEHRMAN, R. E. (1992). Introduction. *The future of children: U.S. health care for children*. 2(2). Los Angeles, CA: The David and Lucile Packard Foundation.
- BEIT-HALLAHMI, B. Y RABIN, A. (1977). The kibbutz as a social experiment and as a child-rearing laboratory. *American Psychologist*, 32, 532-541.
- BELL, A. P. Y WEINBERG, M. S. (1978). *Homosexualities: A study of diversity among men and women*. Nueva York: Simon & Schuster.
- BELL, B. D. (1978). Life satisfaction and occupational retirement: Beyond the impact years. *International Journal of Aging and Human Development*, 9(1), 31-49.
- BELL, S. M. Y AINSWORTH, M. D. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 43, 1171-1190.
- BELLER, E. K. (1955). Dependency and independence in young children. *Journal of Genetic Psychology*, 87, 25-35.
- BELLER, F. Y ZLATNIK, G. (1994). Medical aspects of the beginning of individual lives. En Fritz K. Beller y Robert F. Weir (eds.), *The beginning of human life* (pp. 3-18). Dordrecht, Países Bajos: Kluwer.
- BELLUGI, U. (1970). Learning the language. *Psychology Today*, diciembre, 32-38.
- BELLUGI, U. (diciembre de 1970). Learning the language. *Psychology Today*, pp. 32-38.
- BELMONT, I. Y BELMONT, L. (1980). Is the slow learner in the classroom learning disabled? *Journal of Learning Disabilities*, 13, 32-33.
- BELSKY, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- BELSKY, J. (1984). *The psychology of aging: Theory and research and practice*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- BELSKY, J. (1986). Infant day care: A cause for concern? *Zero to Three*, 6, 1-7.
- BELSKY, J. (febrero de 1987). Risks remain. *Zero to Three*, pp. 22-24.
- BELSKY, J. Y ROVINE, M. (1984). Social-network contact, family support, and the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 46(2), 455-462.
- BELSKY, J. Y ROVINE, M. (1988). Nonmaternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment. *Child Development*, 59, 157-167.

- BELSKY, J. Y ROVINE, M. (1990a). Q-sort security and first-year nonmaternal care. En *New Directions for Child Development: vol. 49. Child care and maternal employment: A social ecology approach* (pp. 7-22).
- BELSKY, J. Y ROVINE, M. (1990b). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 5-19.
- BELSKY, J., ROVINE, M. Y TAYLOR, D. (1984). The Pennsylvania infant and family development project III. The origins of individual differences in infant-mother attachment: Maternal and infant contributions. *Child Development*, 58, 718-728.
- BEM, S. (1985). Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical integration. En T. B. Sondegeger (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1984: Psychology and gender*. Lincoln: University of Nebraska.
- BEM, S. L. (septiembre de 1975). Androgyny vs. the tight little lives of fluffy women and chesty men. *Psychology Today*, pp. 59-62.
- BENDER, B. G., LINDEN, M. G. Y ROBINSON, A. (1987). Environment & developmental risk in children with sex chromosome abnormalities. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 499-503.
- BENEDEK, T. (1970). Parenthood during the life cycle. En E. J. Anthony y T. Benedek (eds.), *Parenthood: Its psychology and psychopathology*. Boston: Little, Brown.
- BENGSTON, V. L. (1985). Diversity and symbolism in grandparents' role. En V. L. Bengston y J. F. Robertson (Eds.), *Grandparenthood*. Beverly Hills, CA: Sage.
- BENGSTON, V. L. Y ROBERTSON, J. F. (eds.). (1985). *Grandparenthood*. Beverly Hills, CA: Sage.
- BENIN, M. H. Y EDWARDS, D. A. (mayo de 1990). Adolescents' chores: The differences between dual- and single-earner families. *Journal of Marriage and the Family*, 361-373.
- BENNETT, D. A. Y KNOPMAN, D. S. (agosto de 1994). Alzheimer's disease: A comprehensive approach to patient management. *Geriatrics*, 49(8), 20-26.
- BENNETT, N. (1976). *Teaching styles and pupil progress*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BENNETT, S. C., ROBINSON, N. M. Y SELLS, C. J. (1983). Growth and development of infants weighing less than 800 grams at birth. *Pediatrics*, 7(3), 319-323.
- BERARDO, D., SHEEHAN, C. Y LESLIE, G. (1987). A residue of tradition: Jobs, careers, and spouses' time in housework. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 381-390.
- BEREITER, C. Y ENGELMANN, S. (1966). *Teaching disadvantaged children in the preschool*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- BERGMANN, B. (1986). *The economic emergence of women*. Nueva York: Basic Books.
- BERK, L. E. (julio de 1985). Why children talk to themselves. *Young Children*, pp. 46-52.
- BERK, L. E. (1986). Relationship of elementary school children's private speech to behavioral accompaniment to task, attention and task performance. *Developmental Psychology*, 22(5), 671-680.
- BERK, L. E. (1992). Children's private speech: An overview of theory and the status of research. En R. M. Diaz y L. E. Berk (eds.), *Private speech: From social interaction to self-regulation* (pp. 17-53). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- BERK, L. E. (1994). Vygotsky's theory: The importance of make-believe play. *Young Children*, 30-39.
- BERK, S. F. (1985). *The gender factory: The apportionment of work in American households*. Nueva York: Plenum.
- BERKE, L. E. (noviembre de 1994). Vygotsky's theory: The importance of make-believe play. *Young Children*, pp. 30-39.
- BERKO, J. (1958). The child's learning of English morphology. *Word*, 14, 150-177.
- BERNARD, J. (1981). The good-provider role: Its rise and fall. *American Psychologist*, 36, 1-12.
- BERNDT, T. (1983). Social cognition, social behavior and children's friendships. En E. T. Higgins, D. Ruble y W. Hartup, *Social cognition and social development: A socio-cultural perspective*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- BERNDT, T. J. (1982). The features and effects of friendship in early adolescence. *Child Development*, 53, 1447-1460.
- BEROFF, J., DOUVAN, E. Y JULKA, R. (1981). *The inner American: A self-portrait from 1957-1976*. Nueva York: Basic Books.
- BERTENTHAL, B. I. Y CAMPOS, J. J. (1987). New directions in the study of early experience. *Child Development*, 58, 560-567.
- BIELBY, W. Y BARON, J. (1986). Sex segregation within occupations. *American Economic Review*, 76, 43-47.
- BINET, A. Y SIMON, T. (1905). Methodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année Psychologique*, 11, 191-244.
- BINET, A. Y SIMON, T. (1916). *The development of intelligence in children*. (E. S. Kite, traductor). Baltimore: Williams & Wilkins.
- BIRCH, H. G. Y GUSSOW, J. D. (1970). *Disadvantaged children: Health, nutrition and school failure*. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich.
- BIRCHLER, G. R. (1992). Marriage. En V. B. Van Hasselt y M. Hersen (eds.), *Handbook of social development: A lifespan perspective* (pp. 392-420). Nueva York: Plenum.
- BIRKEL, R. Y JONES, C. (1989). A comparison of the caregiving networks of dependent elderly individuals who are lucid and those who are demented. *The Gerontologist*, 29, 114-119.
- BIRNBAUM, H. G. Y KIDDER, D. (1984). What does hospice cost? *American Journal of Public Health*, 74(7), 689-692.
- BIRREN, J. E. Y CUNNINGHAM, W. R. (1985). Research on the psychology in aging: Principles and experimentation. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed.). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- BIRREN, J. E., WOODS, A. M. Y WILLIAMS, M. V. (1980). Behavioral slowing with age: Causes, organization, and consequences. En L. W. Poon (ed.), *Aging in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- BIRTH. (junio de 1988). Report for American College of Obstetricians and Gynecologists. *Birth*, 15(2), 113.
- BJORKLUND, D. F. (1988). Acquiring a mnemonic: Age and category knowledge effects. *Journal of Experimental Child Psychology*, 45, 71-87.
- BLAISE, R. M. (1997). Gene therapy for cancer. *Scientific American*, 276 (6), 111-115.
- BLAIR, S. L. Y JOHNSON, M. P. (1992). Wives' perceptions of fairness of the division of labor: The intersection of housework and ideology. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 570-581.
- BLAKE, J. (1989). Number of siblings and educational attainment. *Science*, 245, 32-36.
- BLIESZNER, R. Y MANCINI, J. (1987). Enduring ties: Older adults' parental role and responsibilities. *Family Relations*, 36, 176-180.
- BLOCK, J. (1971). *Lives through time*. Berkeley, CA: Bancroft Books.
- BLOCK, J. (1981). Some enduring and consequential structures of personality. En A. I. Rabin et al. (eds.), *Further explorations in personality*. Nueva York: Wiley.
- BLOOM, B. S. (1964). *Stability and change in human characteristics*. Nueva York: Wiley.
- BLOOM, B. S. Y KRATHWOHL, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives: Handbook I: The cognitive domain*. Nueva York: McKay.
- BLOOM, L. (1970). *Language development: Form and function in emerging grammars*. Cambridge, MA: MIT Press.
- BLOOM, L. Y LAHEY, M. (1978). *Language development and language disorders*. Nueva York: Wiley.
- BLOOM, L., LIFTER, K. Y BROUGHTON, J. (1985). The convergence of early cognition and language in the second year of life: Problems in conceptualization and measurement. En M. Barrett (ed.), *Children's single-word speech*. Nueva York: Wiley.
- BLUMSTEIN, P. Y SCHWARTZ, P. (1983). *American couples*. Nueva York: Morrow.
- BLYTH, D., BULCROFT, A. R. Y SIMMONS, R. G. (1981). *The impact of puberty on adolescents: A longitudinal study*. Documento presentado en la reunión anual de la American Psychological Association, Los Ángeles.
- BOCCIA, M. Y CAMPOS, J. J. (1989). Maternal emotional signals, social referencing, and infants' reactions to strangers. En N. Eisenberg (ed.), *New Directions for Child Development: Vol. 44. Empathy and related emotional responses*. (pp. 25-50).
- BOHANNON, J. N. Y HIRSH-PASEK, K. (1984). Do children say as they're told? A new perspective on motherese. En L. Feagans, C. Garvey y R. Golinkoff (eds.), *The origins and growth of communication*. Norwood, NJ: Ablex.
- BOLTON, F. G., MORRIS, L. A. Y MCEACHERON, A. E. (1989). *Males at risk: The other side of child sexual abuse*. Newbury Park, CA: Sage.
- BOOTH-KEWLEY, S. Y FRIEDMAN, H. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.
- BORKE, H. (1971). Interpersonal perception of young children: Egocentrism or empathy. *Developmental Psychology*, 5, 263-269.

- BORKE, H. (1973). The development of empathy in Chinese and American children between 3 and 6 years of age: A cross-cultural study. *Developmental Psychology*, 9, 102-108.
- BORNSTEIN, M. H. (1978). Chromatic vision in infancy. En H. W. Reese y L. P. Lipsett (eds.), *Advances in child development and behavior* (vol. 12). Nueva York: Academic Press.
- BORNSTEIN, M. (ed.). (1987). *Sensitive periods in development: Interdisciplinary perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- BORNSTEIN, M. H. (ed.). (1989). *Maternal responsiveness: Characteristics and consequences*. San Francisco: Jossey-Bass.
- BORNSTEIN, M. H. y BRUNER, J. (1986). *Interaction in human development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- BORNSTEIN, M. H. y TAMIS-LEMONDA, C. S. (1989). Maternal responsiveness and cognitive development in children. En M. H. Bornstein (ed.), *New Directions for Child Development: vol. 43. Maternal responsiveness: Characteristics and consequences* (pp. 49-62).
- BORNSTEIN, M. H. ET AL. (1992). Maternal responsiveness to infants in three societies: The United States, France, and Japan. *Child Development*, 63, 808-821.
- BOSSARD, J. H. S. y BOLL, E. S. (1960). *The sociology of child development*. Nueva York: Harper & Brothers.
- BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. (1976). *Our bodies, ourselves* (2a. ed.). Nueva York: Simon & Schuster.
- BOTWINICK, J. (1977). Intellectual abilities. En J. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- BOTWINICK, J. (1984). *Aging and behavior: A comprehensive integration of research findings* (3a. ed.). Nueva York: Springer.
- BOUCHARD, R. J. (25 de junio de 1987). Environmental determinants of IQ similarity in identical twins reared apart. Documento presentado en la XVII reunión anual de la Behavior Genetics Association, Minneapolis, MN.
- BOUCHARD, T. J., LYKKEN, D. T., MCGUE, M., SEGAL, N. y TELLEGEN, A. (1990). Sources of human psychological differences: The Minnesota study of twins reared apart. *Science*, 250, 223-228.
- BOULTON, M. y SMITH, P. K. (1989). Issues in the study of children's rough-and-tumble play. En M. N. Block y A. D. Pellegrini (eds.), *The ecological content of children's play*. Norwood, NJ: Ablex.
- BOUVIER, L. (1980). America's baby boom generation: The fateful bulge. *Population Bulletin*, 35, 1-35.
- BOWER, B. (1991). Emotional aid delivers labor-saving results. *Science News*, 139, 277.
- BOWER, B. (1991a). Same family: Different lives. *Science News* (7 de diciembre), 375-478.
- BOWER, B. (1991b). Teenage turning point: Does adolescence herald the twilight of girls' self-esteem? *Science News*, 139(12), 184-186.
- BOWER, T. G. R. (octubre de 1971). The object in the world of the infant. *Scientific American*, pp. 30-38.
- BOWER, T. G. R. (1974). *Development in infancy*. San Francisco: Freeman.
- BOWER, T. G. R. (1989). *The rational infant: Learning in infancy*. Nueva York: Freeman. A closer look at infant cognitive studies from a most imaginative researcher.
- BOWLBY, J. (1960). Separation anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 89-113.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss: vol. 2: Separation*. Nueva York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and loss: vol. 3: Loss, sadness and depression*. Nueva York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1982). *Attachment and loss: vol. 1: Attachment* (2a. ed.). Nueva York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base*. Nueva York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1990). *Charles Darwin: A new life*. Nueva York: Norton.
- BOYD, J. H. y WEISSMAN, M. M. (1981). The epidemiology of psychiatric disorders of middle age: Depression, alcoholism, and suicide. En J. G. Howels (ed.), *Modern perspectives in the psychiatry of middle age*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- BRACKBILL, Y. (1979). Obstetrical medication and infant behavior. En J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development*. Nueva York: Wiley.
- BRACKBILL, Y., McMANUS, K. y WOODWARD, L. (1985). *Medication in maternity: Infant exposure and maternal information*. International Academy for Research on Learning Disabilities. Monografías, series número 2. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- BRACKBILL, Y. y NEVILL, D. (1981). Parental expectations of achievement as affected by children's height. *Merrill-Palmer Quarterly*, 27, 429-441.
- BRADLEY, R. H. ET AL. (1989). Home environment and cognitive development in the first 3 years of life: A collaborative study involving six sites and three ethnic groups in North America. *Developmental Psychology*, 25(2), 217-235.
- BRADSHAW, J. (1989). *Hemispheric specialization and psychological function*. Nueva York: Wiley.
- BRADWAY, K. P., THOMPSON, C. W. y GRAVEN, S. B. (1958). Preschool IQs after 25 years. *Journal of Educational Psychology*, 49, 278-281.
- BRAINE, M. D. S. (1963). The ontogeny of English phrase structure: The first phase. *Language*, 39, 1-13.
- BRAND, H. J. y WELCH, K. (1989). Cognitive and social-emotional development of children in different preschool environments. *Psychological Reports*, 65, 480-482.
- BRASSARD, M. R. y McNEILL, L. E. (1987). Child sexual abuse. En M. Brassard, R. Germain y S. Hart (eds.), *Psychological maltreatment of children and youth*. Nueva York: Pergamon.
- BRATCHER, W. (octubre de 1982). The influence of the family on career selection: A family systems perspective. *Personnel and Guidance Journal*, pp. 87-91.
- BRAY, D. W. y HOWARD, A. (1983). The AT&T longitudinal studies of managers. En K. W. Schaie (ed.), *Longitudinal studies of adult development*. Nueva York: Guilford.
- BRAZELTON, T. B. (1969). *Infants and mothers: Differences in development*. Nueva York: Dell.
- BRAZELTON, T. B. (1973). *Neonatal behavioral assessment scale*. Londres: Heinemann.
- BRAZELTON, T. B., NUGENT, J. K. y LESTER, B. M. (1987). Neonatal behavioral assessment scale. En J. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development* (2a. ed., pp. 780-817). Nueva York: Wiley.
- BRAZELTON, T. B., YOGMAN, M., ALS, H. y TRONICK, E. (1979). The infant as a focus for family reciprocity. En M. Lewis y L. A. Rosenblum (eds.), *The child and his family*. Nueva York: Plenum.
- BREHM, S. (1992). *Intimate relationships*. Nueva York: McGraw-Hill.
- BRENNER, A. (1984). *Helping children cope with stress*. Lexington, MA: D. C. Heath.
- BRETHERTON, I. (1992). Attachment and bonding. En V. B. Van Hasselt y M. Hersen (eds.), *Handbook of social development: A lifespan perspective* (pp. 133-155). Nueva York: Plenum Press.
- BRETHERTON, I. y WATERS, E. (eds.). (1985). Growing points of attachment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), Serie 209.
- BRIESEMEISTER, L. A. y HAINES, B. A. (1988). The interactions of fathers and newborns. En K. L. Michaelson (ed.), *Childbirth in America: Anthropological perspectives*. South Hadley, MA: Bergin & Garvey.
- BRIGGS, G. C., FREEMAN, R. K. y YAFFE, S. J. (1986). *Drugs in pregnancy and lactation* (2a. ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- BRODY, E. M. (1985). *Parent care as a normative family stress*. Conferencia conmemorativa de Donald P. Kent, presentada en la xxxvii reunión científica anual de la Gerontological Society of America, San Antonio, Texas.
- BRODY, E., JOHNSEN, P. y FULCOMER, M. (1984). What should adult children do for elderly parents? Opinions and preferences of three generations of women. *Journal of Gerontology*, 39, 736-746.
- BRODY, E., KLEBAN, M., JOHNSEN, P., HOFFMAN, C. y SCHOONOVER, C. (1987). Work status and parent care: A comparison of four groups of women. *The Gerontologist*, 27, 201-208.
- BRODY, E. y SCHOONOVER, C. (1986). Patterns of parent-care when adult daughters work and when they do not. *The Gerontologist*, 26, 372-381.
- BRODY, J. (6 de junio de 1979). Exercising to turn back the years. *New York Times*, pp. C18-19.
- BRODY, S. J. (1987). Strategic planning: The catastrophic approach. *The Gerontologist*, 27(2), 131-138.
- BROMAN, S. (1986). Obstetric medication: A review of the literature on outcomes in infancy and childhood. En Michael Lewis (ed.), *Learning disabilities and prenatal risk*. Urbana: University of Illinois Press.
- BRONFENBRENNER, U. (1970). *Two worlds of childhood: U.S. and U.S.S.R.* Nueva York: Russell Sage Foundation.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (1989). Ecological systems theory. En R. Vasta (ed.), *Annals of Child Development* (vol. 6, pp. 187-251). Greenwich, CT: JAI Press.
- BRONFENBRENNER, U. y CECI, S. J. (1993). Heredity, environment, and the question

- "How?"-A first approximation. En R. Plomin y G. E. McClelland (eds.), *Nature, nurture and psychology* (pp. 313-339). Washington, DC: American Psychological Association.
- BRONSON, G. (1978). Aversion reactions to strangers: A dual process interpretation. *Child Development*, 49, 495-499.
- BRONSON, W. (1975). Developments in behavior with agemates during the second year of life. En M. Lewis y L. A. Rosenblum (eds.), *Peer relations and friendship*. Nueva York: Wiley.
- BRONSON, W. C. (1981). Toddlers' behavior with agemates: Issues of interaction and cognition and affect. En L. P. Lipset (Ed.), *Monographs on Infancy* (vol. 1). Norwood, NJ: Ablex.
- BROOKS, R. L. y OBRZUT, J. E. (1981). Brain lateralization: Implications for infant stimulation and development. *Young Children*, 26, 9-16.
- BROOKS-GUNN, J. y FURSTENBERG, F. F. (1986). The children of adolescent mothers: Physical, academic, and psychological outcomes. *Developmental Review*, 6, 224-251.
- BROOKS-GUNN, J. y FURSTENBERG, F. F. (1989). Adolescent sexual behavior. *American Psychologist*, 44, 249-257.
- BROOKS-GUNN, J., KLEBANOV, P. K. y DUNCAN, G. J. (1996). Ethnic differences in children's intelligence test scores: Role of economic deprivation, home environment, and maternal characteristics. *Child Development*, 67, 396-408.
- BROPHY, J. (1986). Teacher influences on student achievement. *American Psychologist*, 41, 1069-1077.
- BROUGHTON, J. (1977). Beyond formal operations: Theoretical thought in adolescence. *Teacher's College Record*, 79, 88-97.
- BOUSSARD, E. R. (1989). The infant-family resource program: Facilitating optimal development. *Prevention in Human Services*, 6(2), 179-224.
- BROWN, B. B., CLASEN, D. R. y EICHER, S. A. (1986). Perceptions of peer pressure, peer conformity dispositions, and self-reported behavior among adolescents. *Developmental Psychology*, 22, 521-530.
- BROWN, B. B. y LOHR, M. J. (1987). Peer-group affiliation and adolescent self-esteem: An integration of ego-identity and symbolic-interaction theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 47-55.
- BROWN, D. L. (1996). Kids, computers, and constructivism. *Journal of Instructional Psychology*, 23, 189-195.
- BROWN, J. L. y POLLITT, E. (1996). Malnutrition, poverty and intellectual development. *Scientific American*, 276 (2), 38-43.
- BROWN, R. (1965). *Social psychology*. Nueva York: Free Press.
- BROWN, R. (1973). *A first language: The early stages*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BROWNELL, C. A. y CARRIGER, M. S. (1990). Changes in cooperation and self-other differentiation during the second year. *Child Development*, 61, 1164-1174.
- BRUCK, M. (1987). The adult outcomes of children with learning disabilities. *Annals of Dyslexia*, 37, 252-263.
- BRUNER, J. S. (1960). *The process of education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BRUNER, J. S. (1971). *The relevance of education*. Nueva York: Norton.
- BRUNER, J. S. (1973). *Beyond the information given: Studies in the psychology of knowing*. Nueva York: Norton.
- BRUNER, J. (1983). *Child's talk*. Nueva York: Norton.
- BRUNER, J. y HASTE, H. (eds.). (1987). *Making sense: The child's construction of the world*. Londres y Nueva York: Methuen.
- BRUNER, J. S. OLVER, R. R. y GREENFIELD, P. M. (1966). *Studies in cognitive growth*. Nueva York: Wiley.
- BRUSCHWEILER-STERN, N. (1997). Imagining the baby, imagining the mother: Clinical representations of perinatology. *Ab Initio: The Brazelton Institute Newsletter*, 4, 1-5.
- BRYAN, J. H. (1975). Children's cooperation and helping behaviors. En E. M. Hetherington (ed.), *Review of child development* (vol. 5). Chicago: University of Chicago Press.
- BUCHANAN, C. M., ECCLES, J. S. y BECKER, J. B. (1992). Are adolescents the victims of raging hormones: Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological Bulletin*, 111(1), 62-107.
- BUCHOFF, R. (invierno de 1990). Attention deficit disorder: help for the classroom teacher. *Childhood Education*, 67(2), 86-90.
- BUIS, J. M. y THOMPSON, D. N. (1989). Imaginary audience and personal fable: A brief review. *Adolescence*, 24, 773-781.
- BULTERY, M. G., GREENLAND, S. y KRAUS, J. F. (1989). Cigarettes and pregnancy. *Pediatrics*, 86(4), 535-540.
- BULTERY, M. G., GREENLAND, S. y KRAUS, J. F. (octubre de 1990). Chronic fetal hypoxia and sudden infant death syndrome: Interaction between maternal smoking and low hematocrit during pregnancy. *Pediatrics*, 86(4), 535-540.
- BURGESS, R. L. y CONGER, R. D. (1978). Family interaction in abusive, neglectful, and normal families. *Child Development*, 49, 1163-1173.
- BURL, J. R., LOUISELE, P. A., MISUKANIS, T. M. y MUELLER, R. A. (1988). Effects of parental authoritarianism and authoritative-ness on self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 271-282.
- BURKE, R. J. y NELSON, D. (1997). Mergers and acquisitions, downsizing, and privatization: A North American perspective. En M. K. Gowing, J. D. Kraft y J. C. Quick (eds.), *The new organizational reality: Downsizing, restructuring, and revitalization*. Washington, DC: American Psychological Association.
- BURKE, R. y WEIR, T. (1976). Relationship of wives' employment status to husband, wife and pair satisfaction and performance. *Journal of Marriage and the Family*, 279-287.
- BURNSIDE, I. M. (1979a). The later decades of life: Research and reflections. En I. M. Burnside, P. Ebersole y H. E. Monea (eds.), *Psychosocial caring throughout the life span*. Nueva York: McGraw-Hill.
- BURNSIDE, I. M. (1979b). Sensory and cognitive functioning in later life. En I. Burnside, P. Ebersole y H. E. Monea (eds.), *Psychosocial caring throughout the life span*. Nueva York: McGraw-Hill.
- BURNSIDE, I. M., EBERSOLE, P. y MONEA, H. E. (eds.). (1979). *Psychosocial caring throughout the life span*. Nueva York: McGraw-Hill.
- BUSCH, J. W. (1985). Mentoring in graduate schools of education: Mentors' perceptions. *American Educational Research Journal*, 22, 257-265.
- BUSHNELL, E., AND BOUDREAU, J. P. (1993). Motor development and the mind: The potential role of motor abilities as a determinant of aspects of perceptual development. *Child Development*, 64, 1005-1021.
- BUSKIRK, E. R. (1985). Health maintenance and longevity: Exercise. En C. E. Finch y E. L. Schneider (eds.), *Handbook of the biology of aging* (2a. ed.). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- ## ■ C
- CALDWELL, R., BLOOM, B. y HODGES, W. (1984). Sex differences in separation and divorce: A longitudinal perspective. En A. Rickel, M. Gerrard e I. Iscoe (eds.), *Social and psychological problems of women* (pp. 103-119). Washington, DC: Hemisphere.
- CALLAHAN, J. (1988). Elder abuse: Some questions for policymakers. *The Gerontologist*, 28, 453-458.
- CAMPBELL, M. y SPENCER, E. K. (1988). Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: A review of the past five years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 269-279.
- CAMPOS, J. J., LANGER, A. y KROWITZ, A. (1970). Cardiac responses on the visual cliff in prelocomotor human infants. *Science*, 170, 196-197.
- CANTOR, J. y WILSON, B. J. (1988). Helping children cope with frightening media presentations. *Current Psychology: Research and Reviews*, 7(1), 58-75.
- CAPELLI, C. A., NAKAGAWA, N. y MADDEN, C. M. (1990). How children understand sarcasm: The role of context and intonation. *Child Development*, 61, 1824-1841.
- CAPLAN, N., CHOY, M. H. y WHITMORE, J. K. (febrero de 1992). Indochinese refugee families and academic achievement. *Scientific American*, pp. 36-42.
- CARD, J. J. y WISE, L. L. (1978). Teenage mothers and teenage fathers: The impact of early childbearing on the parents' personal and professional lives. *Family Planning Perspectives*, 10, 199-205.
- CARLO, G., KOLLER, S. H., EISENBERG, N., DA SILVA, M. S. y FROHLICH, C. B. (1996). A cross-national study on the relations among prosocial moral reasoning, gender role orientations, and prosocial behaviors. *Developmental Psychology*, 32, 231-240.
- CARLSON, C. I., COOPER, C. R. y SPRADLING, V. Y. (1991). Developmental implications of shared versus distant perspectives of the family in early adolescence. *New Directions in Child Development*, 51, 13-31.
- CARMICHAEL, E. y SAYER, C. (1991). *The skeleton at the feast: The day of the dead in Mexico*. Londres: British Museum Press.

- CARPENTER, G. (1974). Mother's face and the newborn. *New Scientist*, 61, 742-744.
- CARSKADON, M. A., VAN DEN HOED, J. y DEMENT, W. C. (13 de octubre de 1979). *Insomnia and sleep disturbances in the aged: Sleep and daytime sleepiness in the elderly*. Documento presentado en la reunión científica de la Boston Society for Gerontologic Psychiatry.
- CARTER, B. y MCGOLDRICK, M. (1980). *The family life cycle*. Nueva York: Gardner.
- CARVER, C. y HUMPHRIES, C. (1982). Social psychology of the Type A coronary-prone behavior pattern. En G. Sanders y J. Suls (eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- CASE, R. (1996). Reconceptualizing the nature of children's conceptual structures and their development in middle childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 61, 1-26.
- CASPI, A. (1987). Personality in the life course. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1203-1213.
- CASPI, A. y ELDER, G. H. (1988). Childhood precursors of the life course: Early personality and life disorganization. En E. M. Hetherington, R. N. Lerner y M. Perlmutter (eds.), *Child development* (pp. 259-276). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- CASPI, A., ELDER, G. H. y BEM, D. J. (1987). Moving against the world: Life-course patterns of explosive children. *Developmental Psychology*, 23, 308-313.
- CASSIDY, J. (1986). The ability to negotiate the environment: An aspect of infant competence as related to quality of attachment. *Child Development*, 57, 331-337.
- CASSIDY, J. y BERLIN, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-991.
- CAUDILL, W. y WEINSTEIN, H. (1969). Maternal care and infant behavior in Japan and America. *Psychiatry*, 32, 12-43.
- CENTERS, R. (1975). *Sexual attraction and love: An instrumental theory*. Springfield, IL: Chas. C Thomas.
- CHAN, M. (1987). Sudden Infant Death Syndrome and families at risk. *Pediatric Nursing*, 13(3), 166-168.
- CHANCE, P. (enero de 1981). That drained-out, used-up feeling. *Psychology Today*, pp. 88-95.
- CHAO, R. K. (1994). Beyond parental control and authoritarian parenting style: Understanding Chinese parenting through the cultural notion of training. *Child Development*, 65, 1111-1119.
- CHAPMAN, K. L. y MERVIS, C. B. (1989). Patterns of object-name extension in production. *Journal of Child Language*, 16, 561-571.
- CHARLESWORTH, W. (1988). Resources and resource acquisition during ontogeny. En K. B. MacDonald (ed.), *Sociobiological perspectives on human development*. Nueva York: Springer-Verlag.
- CHARNESS, N. (1981). Search in chess: Age and skill differences. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 7, 467-476.
- CHASE-LANSDALE, P. L., BROOKS-GUNN, J. y ZAMSKY, E. S. (1994). Young African-American multigenerational families in poverty: Quality of mothering and grandmothering. *Child Development*, 65, 373-393.
- CHASNOFF, I. J. (1989). Cocaine, pregnancy and the neonate. *Women and Health*, 5(3), 33.
- CHERLIN, A. y FURSTENBERG, F. F. (verano de 1986). Grandparents and family crisis. *Generations*, 26-28.
- CHESNICK, M., MENYUK, P., LIEBERGOTT, J., FERRIER, L. y STRAND, K. (abril de 1983). *Who leads whom?* Documento presentado en la reunión de la Society for Research in Child Development, Detroit.
- CHESS, S. (1967). Temperament in the normal infant. En J. Hellmuth (ed.), *The exceptional infant* (vol. 1). Seattle: Special Child Publications.
- CHESS, S. (febrero de 1987). Comments: "Infant day care: A cause for concern." *Zero to Three*, pp. 24-25.
- CHICCHETTI, D. y ROGOSCH, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797-815.
- CHILDREN'S DEFENSE FUND. (1991). *The state of America's children, 1991*. Washington, DC: Children's Defense Fund.
- CHILDREN'S DEFENSE FUND. (1992). *The State of America's Children 1992*. Washington, DC: Children's Defense Fund.
- CHILDREN'S DEFENSE FUND (1994). *The state of America's children yearbook, 1994*. Washington, DC: The Fund.
- CHILDREN'S DEFENSE FUND (1998). *The State of America's Children Yearbook 1998*. Washington, DC.
- CHILMAN, C. (1979). *Adolescent sexuality in changing American society*. Washington, DC: Government Printing Office.
- CHIRIBOGA, D. A. (1981). The developmental psychology of middle age. En J. Howells (ed.), *Modern perspectives in the psychiatry of middle age*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- CHIRIBOGA, D. A. y CUTLER, L. (1980). Stress and adaptation: Life span perspectives. En L. W. Poon (ed.), *Aging in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- CHOMSKY, C. (1969). *The acquisition of syntax from 5 to 10*. Cambridge, MA: MIT Press.
- CHOMSKY, N. (1959). Review of *Verbal Behavior*, por B. F. Skinner, *Language*, 35, 26-58.
- CHOMSKY, N. (1975). *Reflections on language*. Nueva York: Pantheon.
- CHOMSKY, N. (1975). *Reflections on language*. Nueva York: Pantheon.
- CHRISTENSEN, H., KORTEN, A., JORM, A. F., HENDERSON, A. S., SCOTT, R. y MACKINNON, A. J. (1996). Activity levels and cognitive functioning in an elderly community sample. *Age and Ageing*, 25, 72-80.
- CHUKOVSKY, K. (1963). *From two to five*. (M. Morton ed. y traductor). Berkeley: University of California Press.
- CICCHETTI, D. y BEEGHLY, M. (1990). Perspectives on the study of the self in transition. En D. Cicchetti y M. Beeghly (eds.), *The self in transition: Infancy to childhood* (pp. 5-6). Chicago: University of Chicago Press.
- CICCHETTI, D. y TOTH, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 2, 221-241.
- CLARK, E. V. (1983). Meaning and concepts. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology* (4a. ed., vol. 4). Nueva York: Wiley.
- CLARK, E. V. (1987). The principle of contrast: A constraint on acquisition. En B. Macwhinier (ed.), *Mechanisms of language acquisition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- CLARK, J. E. y PHILLIPS, S. J. (1985). A developmental sequence of the standing long jump. En J. E. Clark y J. H. Humphrey (eds.), *Motor development: Current selected research*. Princeton, NJ: Princeton Book Company.
- CLARK, K. (31 de mayo de 1957). *Present threats to children and youth*. Informe manuscrito presentado en la oficina del National Committee on the Employment of Youth en la ciudad de Nueva York.
- CLARK, R., HYDE, J. S., ESSEX, M. J. y KLEIN, M. H. (1997). *Child Development*, 68, 364-383.
- CLARKE, S. C. (22 de marzo de 1995). Advance report of final divorce statistics, 1989 and 1990. *Monthly vital statistics report*, U. S. Department of Health and Human Services, 43(9), 1-4. Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention.
- CLARKE-STEWART, A. (1982). *Daycare*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- CLARK-STEWART, A. (1988). Parent's effects on children's development: A decade of progress? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 9, 41-84.
- CLARKE-STEWART, K. A. (1978). And daddy makes three: The father's impact on mother and young child. *Child Development*, 49, 466-478.
- CLARKE-STEWART, K. A. y FEIN, G. C. (1983). Early childhood programs. En M. Haith y J. Campos (eds.), *Handbook of child psychology: vol. 2: Infancy and developmental psychobiology* (4a. ed.). Nueva York: Wiley.
- CLARKE-STEWART, K. A. y HEVEY, C. M. (1981). Longitudinal relations in repeated observations of mother-child interaction from 1 to 2 Qw years. *Developmental Psychology*, 17, 127-145.
- CLAUSEN, J. A. (1995). Gender, contexts, and turning points in adults' lives. En Moen, P., Elder, G. H. y Luscher, K. (eds.) *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. Washington, DC: American Psychological Association.
- CLAUSER, J. A. (1986). *The life course: A sociological perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- CLEIREN, M. (1993). *Bereavement and adaptation: A comparative study of the aftermath of death*. Washington, DC: Hemisphere Publishing.
- CLINGENPEEL, G. y SEGAL, S. (1986). Stepparent-stepchild relationships and the psychological adjustment of children in stepmother and stepfather families. *Child Development*, 57, 474-484.
- COE, R. (1988). A longitudinal examination of poverty in the elderly years. *The Gerontologist*, 28, 540-544.
- COHEN, D. y EISDORFER, K. (1986). *The loss of self: A family resource for the care of Alzheimer's*.

- mer's disease and related disorders. Nueva York: Norton.
- COHEN, J. S. y HOGAN, M. E. (1994). The new genetic medicines. *Scientific American* 271(6), 76-82.
- COHEN, L. B. y GELBER, E. R. (1975). Infant visual memory. En L. B. Cohen y P. Salapatek (eds.), *Infant perception: From sensation to cognition* (vol. 1). Nueva York: Academic Press.
- COHEN, N. y ESTNER, L. (1983). *Silent knife: Caesarean prevention and vaginal birth after Caesarean*. South Hadley, MA: Bergin y Garvey.
- COHEN, S. (invierno de 1992). Life and death: A cross-cultural perspective. *Childhood Education*, 107-108.
- COLBY, A., KOHLBERG, L., GIBBS, J. y LIEBERMAN, M. (1983). A longitudinal study of moral development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48 (1-2 serie núm. 200).
- COLE, M. A. (invierno de 1979). Sex and marital status differences in death anxiety. *Omega*, 9, 139-147.
- COLE, M. y BRUNER, J. S. (1971). Cultural differences and inferences about psychological processes. *American Psychologist*, 26, 867-876.
- COLE, P. M., MICHEL, M. K. y TETI, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. En N. A. Fox (ed.), *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), serie núm. 240, 73-100.
- COLEMAN, F. W. y COLEMAN, W. S. (1984). Helping siblings and other peers cope with dying. En H. Wass y C. A. Corr, *Childhood and death*. Washington, DC: Hemisphere.
- COLEMAN, M. y GANONG, L. (1985). Remarriage myths: Implications for the helping professions. *Journal of Counseling and Development*, 64, 116-120.
- COLEMAN, M. y GANONG, L. (1987). The cultural stereotyping of stepfamilies. En K. Pasley y M. Ihinger-Tallman (eds.), *Remarriage and stepparenting: Current research and theory* (pp. 19-41). Nueva York: Guilford.
- COLES, R. (1968). Like it is in the alley. *Daedalus*, 97, 1315-1330.
- COLES, R. (1980). *Children of crisis: Privileged ones*. Boston: Atlantic-Little, Brown.
- COLEY, R. L. y CHASE-LANSDALE, P. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 53, 152-166.
- COLLINS, W. A., SOBOL, B. L. y WESTBY, S. (1981). Effects of adult commentary on children's comprehension and inferences about a televised aggressive portrayal. *Child Development*, 52, 158-163.
- COLUMBIA UNIVERSITY COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS (1985). *Complete home medical guide*. Nueva York: Crown.
- COMBER, L. C. y KEEVES, J. (1973). *Science achievement in nineteen countries*. Nueva York: Wiley.
- COMER, J. P. y POUSSAINT, A. F. (1975). *Black child care*. Nueva York: Simon & Schuster.
- COMFORT, A. (1976). *A good age*. Nueva York: Crown.
- COMMITTEE FOR ECONOMIC DEVELOPMENT. (1987). *Children in need*. Washington, DC: Committee for Economic Development, Research and Policy Committee.
- CONNELLY, B., JOHNSTON, D., BROWN, I. D. R., MACKAY, S. y BLACKSTOCK, E. G. (1993). The prevalence of depression in a high school population. *Adolescence*, 28(109), 149-158.
- CONNOR, E. M., SPERLING, R. S., GELBER, R., KISELEV, P., SCOTT, G., O'SULLIVAN, M. J., VANDYKE, R., BEY, M., SHEARER, W., JACOBSON, R. L., JIMENEZ, E., O'NEIL, E., BAZIN, B., DELFRAISSY, J., CULNANE, M., COOMBS, R., ELKINS, M., MOYE, J., STRATTON, P. y BALSEY, J. (1994). Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type I with zidovudine treatment. *The New England Journal of Medicine*, 331, 1173-1180.
- COOK, M. y BIRCH, R. (1984). Infant perception of the shapes of tilted plane forms. *Infant Behavior and Development*, 7, 389-402.
- COOPER, K. y GUTTMAN, D. (1987). Gender identity and ego mastery style in middle-aged, pre- and post-empty nest women. *The Gerontologist*, 27, 347-352.
- COPPLE, C. E., CLINE, M. G. y SMITH, A. N. (1987). *Path to the future: Long-term effects of Head Start in the Philadelphia school district*. Washington, DC: Office of Human Development Services.
- COREN, S. y PORAC, C. (1980). Birth factors and laterality: The effect of birth order, parental age, and birth stress on four indices of lateral preference. *Behavioral Genetics*, 10, 123-138.
- COSTA, A. (ed.). (1985). *Developing minds: A resource book for teaching thinking*. Washington, DC: Association for Supervision and Curriculum Development.
- COSTA, A., HANSON, R., SILVER, H. y STRONG, R. (1985). Building a repertoire of strategies. En A. Costa (ed.), *Developing minds: A resource book for teaching thinking*. Washington, DC: Association for Supervision and Curriculum Development.
- COSTA, P. T. y MCCRAE, R. R. (1980). Still stable after all these years: Personality as a key to some issues in adulthood and old age. En P. B. Baltes y O. G. Brim, *Lifespan development and behavior* (vol. 3). Nueva York: Academic Press.
- COSTA, P. T. y MCCRAE, R. R. (1982). An approach to the attribution of aging, period and cohort effects. *Psychological Bulletin*, 92, 238-250.
- COSTA, P. y MCCRAE, R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging: When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist*, 40, 19-28.
- COSTA, P. T. y MCCRAE, R. R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. En T. F. Heatherton y J. L. Weinberger (eds.), *Can personality change?* Washington, DC: American Psychological Association. Privado.
- COSTER, G. (noviembre de 1972). *Scientific American*, p. 44.
- COSTIN, S. E. y JONES, D. C. (1992). Friendship as a facilitator of emotional responsiveness and prosocial interventions among young children. *Developmental Psychology*, 28(5), 941-947.
- COÓ TÉ, J. E. y LEVINE, C. (1988). A critical examination of the ego identity status paradigm. *Developmental Review*, 8, 147-184.
- COUNCIL OF ECONOMIC ADVISERS. (1987). *The economic report of the president*. Washington, DC.
- COUNCIL OF ECONOMIC ADVISERS. (1990). *The economic report of the president*. Washington, DC.
- COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS (9 de enero de 1991). Hispanic health in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 365(2), 248-252.
- COWAN, C. P. y COWAN, P. A. (1992). When partners become parents: The big life change for couples. Nueva York: Basic Books.
- COWAN, P. A. y WALTERS, R. H. (1963). Studies of reinforcement of aggression: I. Effects of scheduling. *Child Development*, 34, 543-551.
- COWGILL, D. O. (1972a). The role and status of the aged in Thailand. En D. O. Cowgill y L. D. Holmes (eds.), *Aging and modernization*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- COWGILL, D. O. (1972b). Aging in American society. En D. O. Cowgill y L. D. Holmes (eds.), *Aging and modernization*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- COX, H. y BHAK, A. (1979). Symbolic interaction and retirement adjustment: An empirical asset. *International Journal of Aging and Human Development*, 9(3), 279-286.
- CRAIG, G. J. y GARNEY, P. (1972). *Attachment and separation behavior in the second and third years*. Manuscrito inédito. University of Massachusetts, Amherst.
- CRAIK, F. I. M. y McDOWD, J. M. (1987). Age differences in recall and recognition. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 13(3), 474-479.
- CRATTY, B. (1986). *Perceptual and motor development in infants and children*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- CRATTY, B. J. (1970). *Perceptual and motor development in infants and children*. Nueva York: Macmillan.
- CRAWFORD, J. W. (1982). Mother-infant interaction in premature and full-term infants. *Child Development*, 53, 957-962.
- CRICK, N. R. y LADD, G. W. (1993). Children's perceptions of their peer experiences: Attributions, loneliness, social anxiety, and social avoidance. *Developmental Psychology*, 28(2), 244-254.
- CRIDER, C. (1981). Children's conceptions of body interior. En R. Bibace y M. E. Walsh (eds.), *Children's conceptions of health, illness, and bodily functions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- CROCKENBERG, S. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 52, 857-865.
- CROCKENBERG, S. y MCCLUSKEY, K. (1986). Change in maternal behavior during the baby's first year of life. *Child Development*, 57, 746-753.
- CROCKETT, W. H. y HUMMERT, M. L. (1987). Perceptions of aging and the elderly. En K. Warner Schaie y K. Eisdorfer (eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (vol. 7, pp. 217-241). Nueva York: Springer.

- CROSS, K. P. (1981). *Adults as learners*. San Francisco: Jossey-Bass.
- CRUICKSHANK, W. M. (1977). Myths and realities in learning disabilities. *Learning Disabilities*, 10(1), 57-64.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. Y LARSON, R. (1984). *Being adolescent*. Nueva York: Basic Books.
- CUMMING, E. Y HENRY, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Nueva York: Basic Books.
- CUMMINGS ET AL. (1994). Responses of physically abused boys to interadult anger involving their mothers. *Development and Psychopathology*, 6, 31-41.
- CURRAN, D. K. (1987). *Adolescent suicidal behavior*. Washington, DC: Hemisphere Publishing.
- CUTRONA, C. Y TROUTMAN, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- CYTRYNBAUM, S., BLUM, L., PATRICK, R., STEIN, J., WADNER, D. Y WILK, C. (1980). Midlife development: A personality and social systems perspective. En L. W. Poon (Ed.), *Aging in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- **D**
- DAHL, B. (1994). Windows on the world: Using literature to integrate curriculum. *The Computing Teacher*, 27-30.
- DAIUTE, C. (1993). Synthesis. En C. Daiute (ed.), *New directions in child development* (61), (pp. 121-124). San Francisco: Jossey-Bass.
- DAIUTE, C. ET AL. (1993). Young authors' interactions with peers and a teacher: Toward a developmentally sensitive sociocultural literacy theory. En C. Daiute (ed.), *New directions in child development* (61) (pp. 41-66). San Francisco: Jossey-Bass.
- DALEY, S. (9 de enero de 1991) Girls self-esteem is lost on the way to adolescence, new study finds. *New York Times Magazine*.
- DAMON, W. (1991). *The moral child: Nurturing children natural moral growth*. Nueva York: Free Press.
- DAMON, W. Y HART, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Development*, 53, 841-864.
- DAMON, W. Y HART, D. (1992). Self understanding and it's role in social and moral development. En M. H. Bornstein y M. E. Lamb (eds.), *Developmental Psychology: An advanced textbook*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- DAN, A. J. Y BERNHARD, L. A. (1989). Menopause and other health issues for midlife women. En S. Hunter y M. Sundel, *Midlife myths: Issues, findings, and practice implications* (pp. 56-59). Newberry Park, CA: Sage.
- DANIELS, P. Y WEINGARTEN, K. (1982). *Sooner or later: The timing of parenthood in adult lives*. Nueva York: Norton.
- DANSEREAU, H. K. (1961). Work and the teenager. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 338, 44-52.
- DARGASSIES, S. S. (1986). *The neuromotor and psychoaffective development of the infant* (edición en inglés). Amsterdam, Holanda: Elsevier.
- DARLING, N. Y STEINBERG, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- DARWIN, C. (1859). *On the origin of the species*. Londres: Murray.
- DATAN, N. Y GINSBERG, L. (eds.). (1975). *Life-span developmental psychology*. Nueva York: Academic Press.
- DAVIDSON, J. I. (1996). *Emergent literacy and dramatic play in early education*. Nueva York: Delmar.
- DAVIDSON, N. E. (1996). Current controversies: Is hormone replacement therapy a risk? *Scientific American*, 275, septiembre, 101.
- DAVIES, B. (invierno de 1993). Caring for the frail elderly: An international perspective. *Generations*, vol. 17, (4), 51-54.
- DAWDAON-HUGHES, B. ET AL. (27 de septiembre de 1990). A controlled trial of the effect of calcium supplementation on bone density in postmenopausal women. *New England Journal of Medicine*, 323(130), 878-883.
- DAWSON, D. A. (agosto de 1991). Family structure and children's health and well-being: Los datos fueron recopilados por la National Health Interview Survey con respecto a la salud de niño. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 573-584.
- DAY, D. E., PERKINS, E. P. Y WEINTHALER, J. A. (1979). *Naturalistic evaluation for program improvement*. Monografía inédita.
- DEAN, P. G. (1986). Monitoring an apneic infant: Impact on the infant's mother. *Maternal-Child Nursing Journal*, 15, 65-76.
- DE BOYSSON-BARDIES, B., HALLE, P., SAGART, L. Y DURAND, C. (1989). A crosslinguistic investigation of vowel formants in babbling. *Journal of Child Language*, 16, 1-17.
- DECHARMS, R. Y MOELLER, G. H. (1962). Values expressed in American children's readers: 1800-1950. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 136-142.
- DEIMLING, G. Y BASS, D. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. *Journal of Gerontology*, 41, 778-784.
- DEKKER, R. ET AL. (1987). *Willingness to change*. The Hague: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs.
- DELOACHE, J. S., CASSIDY, D. J. Y BROWN, A. L. (1985). Precursors of mnemonic strategies in very young children's memory. *Child Development*, 56, 125-137.
- DELOACHE, J. S. (1987). Rapid change in the symbolic functioning of young children. *Science*, 238, 1556-1557.
- DEMARIAS, A. Y LESLIE, G. (febrero de 1984). Cohabitation with a future spouse: Its influence upon marital satisfaction and communication. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 77-84.
- DEMAUSE, L. (ed.). (1974). *The history of childhood*. Nueva York: Psychohistory Press.
- DEMOTT, R. K. Y SANDMIRE, H. F. (1990). *The Green Bay Caesarean section study: The physician factor as a determinant of Caesarean birth rates*. Presentado en la LVII reunión anual de la Central Association of Obstetricians and Gynecologists, Scottsdale, AZ.
- DENCIK, L. (1989). Growing up in the post-modern age: On the child's situation in the modern family, and on the position of the family in the modern welfare state. *Acta Sociológica*, 32, 155-180.
- DENNEY, N. (1982). Aging and cognitive changes. En B. Wolman (ed.), *Handbook of developmental psychology* (pp. 807-827). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- DENNIS, W. (1960). Causes of retardation among institutional children: Iran. *Journal of Genetic Psychology*, 96, 47-59.
- DENNIS, W. (1966a). Causes of retardation among institutional children: Iran. *Journal of Genetic Psychology*, 96, 47-59.
- DENNIS, W. (1966b). Creative productivity between the ages of 20 and 80 years. *Journal of Gerontology*, 21(1), 1-8.
- DENNIS, W. (1973). *Children of the creche*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- DENNIS, W. Y NAJARIAN, P. (1957). Infant development under environmental handicap. *Psychological Monographs*, 717.
- DERR, C. B. (1986). *Managing the new careerists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- DESPOLDER, L. Y STRICKLAND, A. (1983). *The last dance: Encountering death and dying*. Palo Alto, CA: Mayfield.
- DE VILLIERS, P. A. Y DE VILLIERS, J. G. (1979). *Early language*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- DE VILLIERS, P. A. Y DE VILLIERS, J. G. (1992). Language development. En M. H. Bornstein y M. Lamb (eds.), *Developmental psychology: An advanced textbook* (3a. ed., pp. 344-345). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- DEWEY, J. (1961). *Democracy and education*. Nueva York: Macmillan.
- DE WOLFE, M. S. Y VAN IJENDOORN, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedences of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- DIAZ, R. M. (1985). Bilingual cognitive development: Addressing three gaps in current research. *Child Development*, 56, 1376-1388.
- DIAZ, R. M. Y LOWE, J. R. (1987). The private speech of young children at risk: A test of three deficit hypotheses. *Early Childhood Research Quarterly*, 2, 181-184.
- DICK-READ, G. (1953). *Childbirth without fear*. Nueva York: Harper & Brothers.
- DIETZ, W. H., JR. (1987). Childhood obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499, 47-54.
- DIPETRO, J. A. (1981). Rough and tumble play: A function of gender. *Developmental Psychology*, 17, 50-58.
- DITZION, J. S. Y WOLF, P. W. (1978). Beginning parenthood. En Boston Women's Book Collective (Ed.), *Ourselves and our children*. Nueva York: Random House.
- DIXON, R. A. (1992). Contextual approaches to adult intellectual development. En R. J. Sternberg y C. A. Berg (Eds.) *Intellectual development*. Nueva York: Cambridge University Press.
- DODGE, K. A., COIE, J. D., PETTIT, G. S. Y PRICE, J. M. (1990). Peer status and aggression in boys' groups: Developmental and contextual analyses. *Child Development*, 61, 1289-1309.
- DODGE, K. A., PETTIT, G. S. Y BATES, J. E. (1994). Effects of physical maltreatment on the de-

- velopment of peer relations. *Development and Psychopathology*, 6, 43–55.
- DODWELL, P., HUMPHREY, G. K. y MUIR, D. (1987). Shape and pattern perception. En P. Salapatek y L. Cohen (eds.), *Handbook of infant perception*. Nueva York: Academic Press.
- DOKA, K. y MERTZ, M. (1988). The meaning and significance of great-grandparenthood. *The Gerontologist*, 28, 192–197.
- DOLL, R. (marzo de 1993). Alzheimer's disease and environmental aluminum. *Age and Aging*, 22(2), 138.
- DOLLARD, J., DOOB, L. W., MILLER, N. E., MOWRER, O. H. y SEARS, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.
- DOLLARD, J. y MILLER, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. Nueva York: McGraw-Hill.
- DOMAN, G. (1963). *How to teach your baby to read*. Nueva York: Random House.
- DONALDSON, M. (1978). *Children's minds*. Nueva York: Norton.
- DONALDSON, M. (1979). The mismatch between school and children's minds. *Human Nature*, 2, 158–162.
- DONOVAN, B. (1986). *The Caesarean birth experience*. Boston: Beacon Press.
- DONOVAN, J. E., JESSOR, R. y COSTA, F. M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: A replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 762–765.
- DONOVAN, J. E., JESSOR, R. y COSTA, F. M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: A replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 762–765.
- DONOVAN, R. (febrero-marzo de 1984). Planning for an aging work force. *Aging*, pp. 4–7.
- DORNBUSCH, S. M., CARLSMITH, J. M., BUSHWALL, S. J., RITTER, P. L., LEIDERMAN, H., HASTORF, A. H. y GROSS, R. T. (1985). Single parents, extended households, and the control of adolescents. *Child Development*, 56, 326–341.
- DORNBUSCH, S. M., RITTER, P. L., LEIDERMAN, P. H., ROBERTS, D. F. y FRALEIGH, M. J. (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development*, 58, 1244–1257.
- DOUVAN, E. y ADELSON, J. B. (1966). *The adolescent experience*. Nueva York: Wiley.
- DOUVAN, E. y GOLD, M. (1966). Modal patterns in American adolescence. En L. W. Hoffman y M. L. Hoffman (eds.), *Review of child development research* (vol. 2). Nueva York: Russell Sage Foundation.
- DOYLE, A. B., BEAUDET, J. y ABOUD, F. (1988). Developmental patterns in the flexibility of children's ethnic attitudes. *Journal of Cross-Cultural Research*, 19(1), 3–18.
- DRAPER, T. W. y JAMES, R. S. (1985). Preschool fears: Longitudinal sequence and cohort changes. *Child Study Journal*, 15(2), 147–155.
- DREIKURS, R. y SOLTZ, V. (1964). *Children: The challenge*. Nueva York: Duell, Sloan & Pearce.
- DRESSSEL, P. (1988). Gender, race, and class: Beyond the feminization of poverty in later life. *The Gerontologist*, 28, 177–180.
- DREYER, P. H. (1982). Sexuality during adolescence. En B. Wolman (ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- DROEGE, R. (1982). *A psychosocial study of the formation of the middle adult life structure in women*. Tesis doctoral inédita. California School of Professional Psychology, Berkeley.
- DROTAR, D. (ed.). (1985). *New directions in failure to thrive: Implications for research and practice*. Nueva York: Plenum.
- DUBIN, S. (1972). Obsolescence or life-long education: A choice for the professional. *American Psychologist*, 17, 486–498.
- DUBRIN, A. (1978). Psychological factors: Reentry and mid-career crises. En *Women in midlife-security and fulfillment* (pp. 180–185). Washington, DC: Government Printing Office.
- DUCK, S. (1983). *Friends for life: The psychology of close relationships*. Brighton, UK: Harvester Press.
- DUNLAP, D. W. (18 de octubre de 1994). Gay survey raises a new question. *New York Times*, p. B8.
- DUNN, J. (1983). Sibling relationships in early childhood. *Child Development*, 54, 787–811.
- DUNN, J. (1985). *Sisters and brothers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- DUNN, J. (1986). Growing up in a family world: Issues in the study of social development of young children. En M. Richards y P. Light (eds.), *Children of social worlds: Development in a social context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- DUNN, J. (1993). Young children's close relationships: Beyond attachment (pp. 48–51). Newberry Park, CA: Sage.
- DUNN, J. y BROWN, J. (1991). Becoming American or English? Talking about the social world in England and the United States (pp. 155–171).
- DUNN, J. y KENDRICK, C. (1979). Interaction between young siblings in the context of family relationships. En M. Lewis y L. Rosenblum (eds.), *The child and its family: The genesis of behavior* (vol. 2). Nueva York: Plenum.
- DUNN, J. y KENDRICK, C. (1980). The arrival of a sibling: Changes in interaction between mother and first-born child. *Journal of Child Psychology*, 21, 119–132.
- DUNN, J. y KENDRICK, C. (1982). *Siblings: Love, envy and understanding*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- DUNN, J. y MUNN, P. (1985). Becoming a family member: Family conflict and the development of social understanding in the second year. *Child Development*, 56, 480–492.
- DUNN, J. y MUNN, P. (1987). Development of justification in disputes with mother and sibling. *Developmental Psychology*, 23, 791–798.
- DUNPHY, D. C. (1963). The social structure of urban adolescent peer groups. *Sociometry*, 26, 230–246.
- DUNPHY, D. C. (1980). Peer group socialization. En R. Muuss (ed.), *Adolescent behavior and society* (3a. ed.). Nueva York: Random House.
- DURLAK, J. A. (1979). Comparison between experimental and didactic methods of death education. *Omega*, 9, 57–66.
- DWYER, T., PONSONBY, A. B., NEWMAN, N. M. y GIBBONS, L. E. (1991). Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *The Lancet*, 337, 1244–1247.
- DYSON, A. H. (1993). A sociocultural perspective on symbolic development in primary grade classrooms. En C. Daiute (Ed.), *New directions in child development*, (61) (pp. 25–40). San Francisco: Jossey-Bass.
- DYSON, L. L. (1996). The experiences of families of children with learning disabilities: Parental stress, family functioning, and sibling self-concept. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 280–286.

■ E

- EAKINS, P. S. (ed.). (1986). *The American way of birth*. Filadelfia: Temple University Press.
- EATON, W. O. y YU, A. P. (1989). Are sex differences in child motor activity level a function of sex differences in maturational status? *Child Development*, 60, 1005–1011.
- EBERSOLE, P. (1979). The vital vehicle: The body. En I. M. Burnside, P. Ebersole y H. E. Monea (eds.), *Psychosocial caring throughout the life span*. Nueva York: McGraw-Hill.
- ECCLES, J. ET AL. (1993). Age and gender differences in children's self- and task perceptions during elementary school. *Child Development*, 64, 830–847.
- EDDY, D. M. (1991). The individual vs. society: Is there a conflict? *Journal of the American Medical Association*, 265(11), 1446–1450.
- EDELSTEIN, L. (1984). *Maternal bereavement*. Nueva York: Praeger.
- EDWARDS, C. P. y GANDINI, L. (1989). Teachers' expectations about the timing of developmental skills: A cross-cultural study. *Young Children*, 44(4), 15–19.
- EDELUND, B., PIANTA, R. y O'BRIEN, M. A. (1993). Maternal intrusiveness in infancy and child maladaptation in early school years. *Development and Psychopathology*, 5, 359–370.
- EIBL-EIBESFELDT, I. (1989). *Human ethology*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- EICHORN, D. (1979). Physical development: Current foci of research. En J. D. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development* (pp. 253–282). Nueva York: Wiley.
- EIMAS, P. D. (1974). Linguistic processing of speech by young infants. En R. L. Schiefelbusch y L. L. Lloyd (eds.), *Language perspectives: Acquisition, retardation, and intervention*. Baltimore: University Park Press.
- EIMAS, P. D. (1975). Speech perception in early infancy. En L. B. Cohen y P. Salapatek (eds.), *Infant perception: From sensation to cognition* (vol. 2). Nueva York: Academic Press.
- EIMAS, P. D. y QUINN, P. C. (1994). Studies on the formation of perceptually based basic-level categories in young infants. *Child Development*, 65, 903–917.
- EISENBERG, N. (1988). The development of prosocial and aggressive behavior. En M. Bornstein y M. Lamb (eds.), *Developmental psychology: An advanced textbook* (2a. ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- EISENBERG, N. (1989). Empathy and sympathy. En W. Damon (ed.), *Child development today*

- and tomorrow (pp. 137–154). San Francisco: Jossey-Bass.
- EISENBERG, N. (1989a). *The development of prosocial moral reasoning in childhood and mid-adolescence. Documento presentado en la reunión de abril de la Society for Research in Child Development*, Kansas City.
- EISENBERG, N. (1989b). The development of prosocial values. En N. Eisenberg, J. Reykowski y E. Staub (eds.), *Social and moral values: Individual and social perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- EISENBERG, N., PASTERNAK, J. F., CAMERON, E. y TRYON, K. (1984). The relation of quantity and mode of prosocial behavior to moral cognitions and social style. *Child Development*, 55, 1479–1485.
- EISENBERG, N., SHELL, R., PASTERNAK J., BELLER, R., LENNON, R. y MATHY, R. (1987). Prosocial development in middle childhood: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 23(5), 712–718.
- EISENBERGER, D. y WILKIE, F. (1977). Stress, disease, aging and behavior. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- EKERDT, D. (1987). Why the notion persists that retirement harms the health. *The Gerontologist*, 27(4), 454–457.
- EKERDT, D., VINICK, B. y BOSSE, R. (1989). Orderly endings: Do men know when they will retire? *Journal of Gerontology*, 44, S28–35.
- ELBEDOUR, S., BENSEL, R. T. y BASTIEN, D. T. (1993). Ecological integrated model of children of war: Individual and social psychology. *Child Abuse & Neglect*, 17, 805–819.
- ELBERS, L. y TON, J. (1985). Play pen monologues: The interplay of words and babbles in the first words period. *Journal of Child Language*, 12, 551–565.
- ELDER, G. H. (1980). Adolescence in historical perspective. En J. Adelson (ed.), *Handbook of adolescent psychology*. Nueva York: Wiley.
- ELDER, G. H. y CASPI, I. (1990). Studying lives in a changing society. En Rubin, A. I., Zucher, R. A., Frank, S. y Emmons, R. (eds.), *Study in persons and lives*. Nueva York: Springer.
- ELDER, J. L. y PEDERSON, D. R. (1978). Preschool children's use of objects in symbolic play. *Child Development*, 49, 500–504.
- ELDER, L., CASPI, A. y BURTON, L. (1988). Adolescent transition in developmental perspective: Sociological and historical insights. En M. Gunnary W. Collins (eds.), *Minnesota Symposia on Child Development: vol. 21: Development during the transition to adolescence* (pp. 151–179). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ELIAS, J. W. y MARSHALL, P. H. (eds.). (1987). *Cardiovascular disease and behavior*. Washington, DC: Hemisphere.
- ELIAS, M. J. (1997). Computer-facilitated counseling for at-risk students in a social problem solving "lab". *Elementary School Guidance and Counseling*, 31, 293–309.
- ELKIND, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025–1034.
- ELKIND, D. (1974). *Children and adolescents: Interpretive essays on Jean Piaget*. Nueva York: Oxford University Press.
- ELKIND, D. (1981). *The hurried child*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- ELKIND, D. (1984). *All grown up and no place to go: Teenagers in crisis*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- ELKIND, D. (mayo de 1986). Formal education and early childhood education: An essential difference. *Phi Delta Kappan*, pp. 631–636.
- ELKIND, D. (1987). *Miseducation: Preschoolers at risk*. Nueva York: Knopf.
- ELKIND, D. y BOWEN, R. (1979). Imaginary audience behavior in children and adolescents. *Developmental Psychology*, 15, 38–44.
- ELLWOOD, D. y CRANE, J. (1990). Family change among black Americans: What do we know? *Journal of Economic Perspectives*, 4, 65–84.
- ELMER-DEWITT, P. (17 de octubre de 1994). Now for the truth about Americans and sex. *Time*, p. 62ff.
- EMDE, R. N. y BUCHSBAUN, H. K. (1990). "Didn't you hear my Mommy?" Autonomy with connectedness in moral self-emergence. En D. Cicchetti y M. Beeghly (eds.), *The self in transition: Infancy to childhood* (pp. 35–52). Chicago: University of Chicago Press.
- EMERY, R. E. (1989). Family violence. *American Psychologist*, 44, 321–328.
- ENTWISLE, D. (1985). Becoming a parent. En L. L'Abate (ed.), *The handbook of family psychology and therapy*. (vol. 1, pp. 560–578). Homewood IL: Dorsey.
- ENTWISLE, D. R. y DOERING, S. (1988). The emergent father role. *Sex Roles*, 18, 119–141.
- EPSTEIN, J. L. (1983). Selecting friends in contrasting secondary school environments. En J. L. Epstein y M. L. Karweit (eds.), *Friends in school*. Nueva York: Academic Press.
- EPSTEIN, L. H., VALOSKI, A., WING, R. R. y MCCURLEY, J. (1990). Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2519–2523.
- EPSTEIN, L. H. y WING, R. R. (1987). Behavioral treatment of childhood obesity. *Psychological Bulletin*, 101, 331–342.
- ERICSSON, K. A. (1990). Peak performance in sports. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Nueva York: Cambridge University Press.
- ERIKSON, E. H. (1959). The problem of ego identity. En E. H. Erikson (ed.), *Identity and the life cycle: Selected papers. Psychological Issues Monograph*, núm. 1.
- ERIKSON, E. H. (1963). *Childhood and society* (2a. ed.). Nueva York: Norton.
- ERIKSON, E. H. (1968). *Identity, youth, and crisis*. Nueva York: Norton.
- ERIKSON, E. H. (1981). On generativity and identity. *Harvard Educational Review*, 51, 249–269.
- ERIKSON, E. (1985). *Young man Luther*. Nueva York: Norton.
- ERIKSON, E. H. y ERIKSON, J. M. (1981). Generativity and identity. *Harvard Educational Review*, 51, 249–269.
- ERIKSON, E. H., ERIKSON, J. y KIVNICK, H. (1986). *Vital involvement in old age*. Nueva York: Norton.
- ERNST, C. y ANGST, J. (1983). *Birth order: Its influence on personality*. Nueva York: Springer-Verlag.
- ESTERBROOK, M. A. y GOLDBERG, W. A. (1984). Toddler development in the family: Impact of father involvement and parenting characteristics. *Child Development*, 55, 740–752.
- EVANS, D. W., LECKMAN, J. F., CARTER, A., REZNICK, J. S., HENSHAW, D., KING, R. A. y PAULS, D. (1997). Ritual, habit, and perfectionism: The prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Development*, 68, 58–68.
- EVANS, D., FUNKENSTEIN, H., ALBERT, M., SCHERR, P., COOK, N., CHOWN, M., HEBERT, L., HENCKENS, C. y TAYLOR, D. (1989). Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older people. *Journal of the American Medical Association*, 262, 2551–2556.
- EVANS, E. D. (1975). *Contemporary influences in early childhood education* (2a. ed.). Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- EVELETH, P. B. y TANNER, J. M. (1976). *Worldwide variation in human growth*. Nueva York: Cambridge University Press.

■ F

- FABES, R. A., WILSON, P. y CHRISTOPHER, F. S. (1989). A time to reexamine the role of television in family life. *Family Relations*, 38, 337–341.
- FADIMAN, A. (febrero de 1982). The skeleton at the feast: A case study of anorexia nervosa. *Life*, pp. 63–78.
- FAGAN, J. F., III (1977). Infant recognition memory: Studies in forgetting. *Child Development*, 48, 66–78.
- FAGEN, J., PRIGOT, J., CARROLL, M., PIOLI, L., STEIN, A. y FRANCO, A. (1997). Auditory context and memory retrieval in young infants. *Child Development*, 68, 1057–1066.
- FAGOT, B. I., LEINBACH, M. A. y O'BOYLE, C. (1992). Gender labeling, gender stereotyping and parenting behaviors. *Developmental Psychology*, 28, 225–231.
- FANTZ, R. L. (1958). Pattern vision in young infants. *Psychological Record*, 8, 43–47.
- FANTZ, R. L. (mayo de 1961). The origin of form perception. *Scientific American*, pp. 66–72.
- FANTZ, R. L., ORDY, J. M. y UDELF, M. S. (1962). Maturation of pattern vision in infants during the first six months. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 55, 907–917.
- FARB, P. (1978). *Humankind*. Boston: Houghton Mifflin.
- FARBER, J. (1970). *The student as nigger*. Nueva York: Pocket Books.
- FARBER, S. (enero de 1981). Telltale behavior of twins. *Psychology Today*, pp. 58–64.
- FARRELL, M. P. y ROSENBERG, S. D. (1981). *Men at midlife*. Boston: Auburn House.
- FARVER, J. A. M. y SHIN, Y. L. (1997). Social pretend play in Korean- and Anglo-American preschoolers. *Child Development*, 68, 544–556.

- FAVIA, S., AND GENOVESE, R. (1983). Family, work and individual development in dual-career marriages. En H. Lopata y J. H. Pleck (eds.), *Research in the interweave of social roles: Jobs and families* (vol. 3). Greenwich, CT: JAI Press.
- FEATHERMAN, D., HOGAN, D. Y SORENSON, A. (1984). Entry into adulthood: Profiles of young men in the fifties. En *Life span development and behavior* (vol. 6). Nueva York: Academic Press.
- FEATHERSTONE, H. (junio de 1985). Preschool: It does make a difference. *Harvard Education Letter*, pp. 16-21.
- FEATHERSTONE, M. Y HEPWORTH, M. (1985). The male menopause: Lifestyle and sexuality. *Maturitas*, 7(3), 235-246.
- FEDOR-FREYBERGH, P. Y VOGEL, M. L. V. (1988). *Prenatal and perinatal psychology and medicine*. Carnforth, Lanc: Parthenon.
- FEHR, B. (1996). *Friendship processes*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- FEIN, G. G. (1981). Pretend play in childhood: An integrated review. *Child Development*, 52, 1095-1118.
- FEIN, G. G. (1984). The self-building potential of pretend play, or "I gotta fish all by myself". En T. D. Yawkey y A. D. Pellegrini (eds.), *Child's play*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- FEINGOLD, A. (1988). Cognitive gender differences are disappearing. *American Psychologist*, 43(2), 95-103.
- FEIRING, C., LEWIS, M. Y STARR, M. D. (1984). Indirect affects and infants' reactions to strangers. *Developmental Psychology*, 20, 485-491.
- FEITELSEN, W. Y ROSS, G. S. (1973). The neglected factor-play. *Human Development*, 16, 202-223.
- FELDMAN, R. S. (1998). *Social psychology* (2a. ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- FELGNER, T. (1997). Nonviral strategies for gene therapy. *Scientific American*, 276 (6), 102-106.
- FENSON, L. ET AL. (1994). Variability in early communicative development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(5), Serie núm. 242, 92-93.
- FERBER, M. (1982). Labor market participation of young married women: Causes and effects. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 457-468.
- FERBER, M., GREEN, C. Y SPAITH, J. (1986). Work power and earnings of women and men. *American Economic Review*, 76, 53-56.
- FERGUSON, C. Y SNOW, C. (1977). *Talking to children: Language input and acquisition*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- FERLEGER, N., GLENWICK, D. S., GAINES, R. R. W. Y GREEN, A. H. (1988). Identifying correlates of reabuse in maltreating parents. *Child Abuse and Neglect*, 12, 41-49.
- FESHBACH, S. Y SINGER, R. D. (1971). *Television and aggression: An experimental field study*. San Francisco: Jossey-Bass.
- FIATARONE, M. A. ET AL. (23 de junio de 1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New England Journal of Medicine*, 330(25), 1-6.
- FIELD, T. (1977). Effects of early separation, interactive deficits, and experimental manipulations on infant-mother face-to-face interaction. *Child Development*, 48, 763-771.
- FIELD, T. (1978). Interaction behaviors of primary vs. secondary caretaker fathers. *Developmental Psychology*, 14(2), 183-184.
- FIELD, T. M. (1979). Interaction patterns of preterm and term infants. En T. M. Field (ed.), *Infants born at risk*. Nueva York: Spectrum.
- FIELD, T. (1986). Models for reactive and chronic depression in infancy. En E. Tronick y T. Fields (Eds.), *New Directions for Child Development*, 34. Maternal depression and infant disturbance.
- FIELD, T. (1991). Quality infant day-care and grade school behavior and performance. *Child Development*, 62, 863-870.
- FIELDTING, J. E. Y WILLIAMS, C. A. (1991). Adolescent pregnancy in the United States: A review and recommendations for clinicians and research needs. *American Journal of Preventive Medicine*, 7(1), 47-51.
- FIELDS, M. V. Y SPANGLIER, K. L. (1995). *Let's begin reading right: Developmentally appropriate beginning literacy* (3a. ed.). Englewood Cliffs, NJ: Merrill.
- FILIPOVIC, Z. (1994). *Zlata's Diary: A Child's Life in Sarajevo*. Citado en *Newsweek*, 28 de febrero de 1994, pp. 25-27.
- FILLMORE, C. J. (1968). The case for case. En E. Bach y R. T. Harms (eds.), *Universals of linguistic theory*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- FINCHER, J. (julio/agosto de 1982). Before their time. *Science 82 Magazine*, p. 94.
- FINKELHOR, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and practice*. Nueva York: Free Press.
- FINN, R. (1996). Biological determination of sexuality heating up as a research field. *The Scientist*, 10, 8 de enero, 13-16.
- FISCHER, D. H. (1978). *Growing old in America*. Nueva York: Oxford University Press.
- FISCHER, J. L., SOLLIE, D. L. Y MORROW, K. B. (1986). Social networks in male and female adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 6(1), 1-14.
- FISKE, M. (1968). *Adult transitions: Theory and research from a longitudinal perspective*. Documento presentado en la reunión de la Gerontological Society.
- FISKE, M. (1980). Tasks and crises of the second half of life: The interrelationship of commitment, caring and adaptation. En J. E. Birren y R. B. Sloane (eds.), *Handbook of mental health and aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- FISKE, M. Y CHIRIBOGA, D. A. (1990). *Change and continuity in adult life*. San Francisco: Jossey-Bass.
- FITZCHARLES, A. (febrero de 1987). Model versus modal child care. *Zero to Three*, p. 26.
- FIVUSH, R. Y HUDSON, J. A. (1990). *Knowing and remembering in young children*. Nueva York: Cambridge University Press.
- FLASTE, R. (octubre de 1988). The myth about teenagers. *New York Times Magazine*, pp. 19, 76, 82, 85.
- FLAVELL, J. H. (1963). *The developmental psychology of Jean Piaget*. Princeton, NJ: Van Nostrand Reinhold.
- FLAVELL, J. H. (1977). *Cognitive development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- FLAVELL, J. H. (1985). *Cognitive development* (2a. ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- FLAVELL, J. H., FLAVELL, E. R. Y GREEN, F. L. (1987). Young children's knowledge about the apparent-real and pretend-real distinctions. *Developmental Psychology*, 23, 816-822.
- FLAVELL, J. H., GREEN, F. Y FLAVELL, E. R. (1986). Development of knowledge about the appearance-reality distortion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 212.
- FLAVELL, J. H., MILLER, P. H. Y MILLER, S. A. (1993). *Cognitive Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- FLINT, M. (1982). Male and female menopause: A cultural put-on. En A. Voda, M. Dennerstein y S. O'Donnel (eds.), *Changing perspectives in menopause* (pp. 363-375). Austin: University of Texas Press.
- FOGEL, A., DICKSON, K. L., HSU, H., MESSINGER, D., NELSON-GOENS, G. C. Y NWOKAH, E. (1997). Communication of smiling and laughter in mother-infant play: Research on emotion from a dynamic systems perspective. En Barrett, K. C. (ed.), *The communication of emotion: Current research from diverse perspectives*. San Francisco: Jossey-Bass.
- FOLK, K. F. (1996). Single mothers in various living arrangements: Differences in economic and time resources. *American Journal of Economics and Sociology*, 55, 277-291.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R., PIMLEY, S. Y NOVACEK, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- FONTAINE, K. R. Y JONES, L. C. (1997). *Journal of Clinical Psychology*, 53, 59-63.
- FORD, D. H. Y LERNER, R. M. (1992). *Developmental systems theory: An integrated approach*. Newbury Park, CA: Sage.
- FORD FOUNDATION PROJECT ON SOCIAL WELFARE AND THE AMERICAN FUTURE. (1989). *The common good: Social welfare and the American future*. Nueva York: Ford Foundation.
- FORMAN, B. I. (junio de 1984). Reconsidering retirement: Understanding emerging trends. *The Futurist*, pp. 43-47.
- FORMAN, G. (junio de 1985). The value of kinetic print in computer graphics for young children. En E. L. Klein (ed.), *Children and Computers, and issue of New Directions for Child Development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- FORMAN, G. E. (abril de 1972). *The early growth of logic in children: Influences from the bilateral symmetry of human anatomy*. Documento presentado en la conferencia de la Society for Research in Child Development, Filadelfia.
- FORMAN, G. E. Y FOSNOT, C. (1982). The use of Piaget's constructivism in early childhood education programs. En B. Spodek (ed.), *Handbook on early childhood education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- FORMAN, G. E. Y HILL, F. (1980). *Constructive play: Applying Piaget in the preschool*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- FORREST, L. Y MIKOLAITIS, N. (diciembre de 1986). The relational component of identity: An expansion of career development theory. *The Career Development Quarterly*, pp. 76-85.

- FOSBURGH, L. (agosto de 7, 1977). The make-believe world of teenage pregnancy. *New York Times Magazine*.
- FOUTS, R. con MILLS, S. T. (1997). *What chimpanzees have taught us about who we are*. Nueva York: William Morrow.
- FOZARD, J. L. (1990). Vision and hearing in aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3a. ed., pp. 150-170). Nueva York: Academic Press.
- FRAIBERG, S. H. (1959). *The magic years*. Nueva York: Scribner's.
- FRAIBERG, S. H. (1974). Blind infants and their mothers: An examination of the sign system. En M. Lewis y L. Rosenblum (eds.), *The effect of the infant on its caregiver*. Nueva York: Wiley.
- FRANK, S. y QUINLAN, D. M. (1976). Ego development and female delinquency: A cognitive-developmental approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 505-510.
- FRANKENBURG, W. K. y DODDS, J. B. (1967). The Denver developmental screening test. *Journal of Pediatrics*, 71, 181-191.
- FRAUENGLASS, M. H. y DIAZ, R. M. (1985). Self-regulatory functions of children's private speech: A critical analysis of recent challenges to Vygotsky's theory. *Developmental Psychology*, 21, 357-364.
- FRAZIER, A. y LISONBEE, L. K. (1950). Adolescent concerns with physique. *School Review*, 58, 397-405.
- FREDA, V. J., GORMAN, J. G. y POLLACK, W. (1966). Rh factor: Prevention of isoimmunization and clinical trial on mothers. *Science*, 151, 828-830.
- FREEDMAN, D. G. (enero de 1979). Ethnic differences in babies. *Human Nature*, pp. 36-43.
- FREEMAN, N. H. (1980). *Strategies of representation in young children*. Londres: Academic Press.
- FRENKEL-BRUNSWIK, E. (1963). Adjustments and reorientation in the course of the life span. En R. G. Kuhlen y G. G. Thompson (eds.), *Psychological studies of human development* (2a. ed.). Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- FREUD, A. (1958). Adolescence. En *Psychoanalytic study of the child* (vol. 13). Nueva York: International Universities Press.
- FREUD, A. (1966). *The writings of Anna Freud, vol. II, The ego and the mechanisms of defense*. Nueva York: International Universities Press.
- FREUD, A. y DANN, S. (1951). An experiment in group up-bringing. En R. S. Eisler, A. Freud, H. Hartmann y E. Kris (eds.), *The Psychoanalytic study of the child* (vol. 6). Nueva York: International Universities Press.
- FREUDENBERGER, H. y RICHELSON, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Nueva York: Anchor Press/Doubleday.
- FRIED, P. A. y OXORN, H. (1980). *Smoking for two: Cigarettes and pregnancy*. Nueva York: Free Press.
- FRIEDLANDER, M. y SIEGEL, S. (1990). Separation-individuation difficulties and cognitive-behavior indicators of eating disorders among college women. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 74-78.
- FRIEDMANN, T. (1997). Overcoming the obstacles to gene therapy. *Scientific American*, 276 (6), 96-101.
- FRIES, J. F. y CRAPO, L. M. (1981). *Vitality and aging*. San Francisco: Freeman.
- FRISCH, R. E. (marzo de 1988). Fatness and fertility. *Scientific American*, pp. 88-95.
- FRISCHHOLZ, E. J. (1985). En R. P. Kluft (ed.), *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- FROST, J. L. y SUNDERLINE, S. (eds.). (1985). *When children play*. Proceedings of the International Conference on Play and Play Environments, Association for Childhood Education International, Weaton, MD.
- FULLER, J. y SIMMEL, E. (1986). *Perspectives in behavioral genetics*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- FURST, K. (1983). *Origins and evolution of women's dreams in early adulthood*. Tesis doctoral inédita. California School of Professional Psychology, Berkeley.
- FURSTENBERG, F. (1976). *Unplanned parenthood: The social consequences of teenage childbearing*. Nueva York: Free Press.
- FURSTENBERG, F. F., JR. (1987). The new extended family: The experience of parents and children after remarriage. En K. Pasley y M. Ihinger-Tallman (eds.), *Remarriage and stepparenting: Current research and theory* (pp. 42-64). Nueva York: Guilford.
- FURTH, H. G. (1980). *The world of grown-ups: Children's conceptions of society*. Nueva York: Elsevier.
- ## ■ G
- GABBARD, C., DEAN, M. y HAENSLY, P. (1991). Foot preference behavior during early childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12, 131-137.
- GALINSKY, E. (1980). *Between generations: The six stages of parenthood*. Nueva York: Times Books.
- GALLAGHER, D. (1987). Bereavement. En G. L. Maddox ET AL. (eds.), *The encyclopedia of aging*. Nueva York: Springer.
- GALLAGHER, J. M. (1973). Cognitive development and learning in the adolescent. En J. F. Adams (ed.), *Understanding adolescence* (2a. ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- GALLAGHER, W. (mayo de 1993). Midlife myths. *Atlantic*, pp. 51-55, 58-62, 65, 68-69.
- GALLER, J. R. (1984). *Human nutrition: A comprehensive treatise*: (vol. 5). *Nutrition and behavior*. Nueva York: Plenum.
- GANDINI, L. y EDWARDS, C. P. (1988). Early childhood integration of the visual arts. *Gifted International*, 5(2), 14-18.
- GARBARINO, J., KOSTELNY, K. y DUBROW, N. (abril de 1991). What children can tell us about living in danger. *American Psychologist*, 36(1), 376-383.
- GARBARINO, J., SEBES, J. y SCHELLENBACH, C. (1984). Families at risk for destructive parent-child relations in adolescence. *Child Development*, 55, 174-183.
- GARBER, J. (diciembre de 1984). The developmental progression of depression in female children. En D. Chicchetti y K. Schneider-Rosen (eds.), *New Directions for Child Development*, 26.
- GARBER, K. y MARCHESI, S. (1986). *Genetic counseling for clinicians*. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- GARBER, K. y MARCHESI, S. (1986). *Genetic counseling for clinicians*. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- GARDNER, H. (1973). *The quest for mind: Piaget, Levi-Strauss, and the structuralist movement*. Nueva York: Random House.
- GARDNER, H. (1973a). *The arts and human development: A psychological study of the artistic process*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- GARDNER, H. (1973b). *The quest for mind: Piaget, Levi-Strauss, and the structuralist movement*. Nueva York: Random House.
- GARDNER, H. (1983). *Frames of mind*. Nueva York: Basic Books.
- GARDNER, J. M. y KARMEL, B. Z. (1984). Arousal effects on visual preference in neonates. *Developmental Psychology*, 20, 374-377.
- GARLAND, A. F. y ZIGLER, E. (1993). Adolescent suicide prevention: Current research and social policy implications. *American Psychologist*, 48(2), 169-182.
- GARRETT, D. N. (1978). The needs of the seriously ill and their families: The haven concept. *Aging*, 6(1), 12-19.
- GARROD, A., BEAL, C. y SHIN, P. (1989). *The development of moral orientation in elementary school children*. Documento presentado en la reunión de abril de la Society for Research in Child Development, Kansas.
- GARTNER, A. (invierno de 1984). Widower self-help groups: A preventive approach. *Social Policy*, pp. 37-38.
- GARVEY, C. (1977). *Play*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GARVEY, C. (1984). *Children's talk*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GARVEY, C. (1990). *Play*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GATZ, M., BENGTSON, V. y BLUM, M. (1990). Caregiving families. En J. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3a. ed., pp. 405-426). San Diego: Academic Press.
- GE, X., CONGER, R. D. y ELDER, G. H. (1996). Coming of age too early: Pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress. *Child Development*, 67, 3386-3400.
- GEE, E. M. (1986). The life course of Canadian women: A historical and demographic analysis. *Social Indicators Research*, 18, 263-283.
- GEE, E. M. (1987). Historical change in the family life course of Canadian men and women. En V. Marshall (ed.), *Aging in Canada* (2a. ed., pp. 265-287). Markham, ON: Fitzhenry & Whiteside.
- GEE, E. M. (octubre de 1988). The changing demography of intergenerational relations in Canada. Documento presentado en la reunión anual de la Canadian Association of Gerontology, Halifax.
- GELIS, J. (1989). The child: From anonymity to individuality. En R. Chartier (ed.), *A history of a private life: Vol. 3. Passions of the Renaissance* (pp. 309-325). Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.
- GELMAN, R. y GALLISTEL, C. R. (1986). *The child's understanding of number*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- GENESEE, F. (1989). Early bilingual development: One language or two? *Journal of Child Language*, 16, 161-179.
- GEORGE, T. P. Y HARTMANN, D. P. (1996). Friendship networks of unpopular, average, and popular children. *Child Development*, 67, 2301-2316.
- GERRARD, M. (1987). Sex, sex guilt, and contraceptive use revisited: The 1980s. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 975-980.
- GESELL, A. (1940). *The first five years of life: The preschool years*. Nueva York: Harper & Brothers.
- GESELL, A. Y AMES, L. B. (1947). The development of handedness. *Journal of Genetic Psychology*, 70, 155-175.
- GIBBONS, D. C. (1976). *Delinquent behavior* (2a. ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- GIBSON, E. J. Y SPELKE, E. S. (1983). The development of perception. En P. Mussen (ed.), *The handbook of child psychology: vol. 3: Cognitive development* (pp. 2-60). Nueva York: Wiley.
- GIBSON, E. J. Y WALK, R. D. (abril de 1960). The "visual cliff". *Scientific American*, pp. 64-71.
- GIBSON, E. Y WALKER, A. S. (1984). Development of knowledge of visual-tactile affordances of substance. *Child Development*, 55, 453-456.
- GIBSON, R. C. (verano de 1986). Older black Americans. *Generations*, 35-39.
- GILFORD, R. (verano de 1986). Marriages in later life. *Generations*, pp. 16-20.
- GILLIGAN, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GILLIGAN, C. (1987). Adolescent development reconsidered. *New Directions for Child Development*, 37, 63-92.
- GILLIS, J. J. ET AL. (1992). Attention deficit disorder in reading-disabled twins: Evidence for a genetic etiology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(3), 303.
- GINSBURG, E. (1972). Toward a theory of occupational choice: A restatement. *Vocational Guidance Quarterly*, 20, 169-176.
- GIORDANO, J. Y BECKMAN, K. (1985). The aged within a family context: Relationships, roles, and events. En L. L'Abate (ed.) *The handbook of family psychology and therapy* (vol. 1, pp. 284-320). Homewood, IL: Dorsey.
- GLASER, R. (1963). Instructional technology and the measurement of learning outcomes: Some questions. *American Psychologist*, 18, 519-521.
- GLASER, R. (1987). Thoughts on expertise. En C. Schooler y K. W. Schaie (eds.), *Cognitive functioning and social structure over the life course* (pp. 81-91). Norwood, NJ: Ablex.
- GLEITMAN, L. Y WANNER, E. (1982). Language learning: State of the art. En E. Wanner y L. Gleitman (eds.), *Language learning*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- GLICK, P. C. (1977). Updating the lifecycle of the family. *Journal of Marriage and the Family*, 39, 5-13.
- GLICK, P. Y LIN, S. (1986). More young adults are living with their parents: Who are they? *Journal of Marriage and the Family*, 48, 107-112.
- GLIDEWELL, J. C., KANTOR, M. B., SMITH, L. M. Y STRINGER, L. A. (1966). Socialization and social structure in the classroom. En L. W. Hoffman y M. L. Hoffman (eds.), *Review of child development research* (vol. 2). Nueva York: Russell Sage Foundation.
- GLOBERMAN, J. (1996). Daughters- and sons-in-law caring for relatives with Alzheimer's disease. *Family Relations*, 45, 37-45.
- GOETTING, A. (1981). Divorce outcome research: Issues and perspectives. *Journal of Family Issues*, 2, 350-378.
- GOETTING, A. (1982). The six stations of remarriage: Developmental tasks of remarriage after divorce. *Family Relations*, 31, 213-222.
- GOLD, M. (1985). The baby makers. *Science*, 6(3), 26-38.
- GOLDBERG, M. Y HARVEY, J. (septiembre de 1983). A nation at risk: The report to the National Commission on Excellence in Education. *Phi Delta Kappan*, pp. 14-18.
- GOLDBERG, S. (1972). Infant care and growth in urban Zambia. *Human Development*, 15, 77-89.
- GOLDBERG, S. (1979). Premature birth: Consequences for the parent-infant relationship. *American Scientist*, 67, 214-220.
- GOLDBERG, S. (1983). Parent-infant bonding: Another look. *Child Development*, 54, 1355-82.
- GOLDBERG, S. Y LEWIS, M. (1969). Play behavior in the year-old infant: Early sex differences. *Child Development*, 40, 21-31.
- GOLDBERG, S., LOJKASEK, M., GARTNER, G. Y CORTER, C. (1988). Maternal responsiveness and social development in preterm infants. En M. H. Bornstein (ed.), *New Directions for Child Development: vol. 43: Maternal responsiveness: Characteristics and consequences*. San Francisco: Jossey-Bass.
- GOLDFIELD, E. C. (1989). Transition from rocking to crawling: Postural constraints on infant movement. *Developmental Psychology*, 25(6) 913-919.
- GOLDIN-MEADOW, S. Y MYLANDER, C. (1984). Gestural communication in deaf children: The effects and noneffects of parental input on early language development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 49 (3-4, serie núm. 207).
- GOLDSMITH, H. H. (1983). Genetic influence on personality from infancy to adulthood. *Child Development*, 54, 331-355.
- GONCU, A. (1993). Development of intersubjectivity in social pretend play. *Human Development*, 36, 185-198.
- GONCZ, L. (1988). A research study on the relation between early bilingualism and cognitive development. *Psychologische-Beiträge*, 30(1-2), 75-91.
- GONYEA, J. G. (1998). Midlife and menopause: Uncharted territories for Baby Boomer women. *Generations*, 21, Spring, 87-89.
- GOODCHILDS, J. D. Y ZELLMAN, G. L. (1984). Sexual signalling and sexual aggression in adolescent relationships. En N. M. Malmuth y E. D. Donnerstein (eds.), *Pornography and sexual aggression*. Nueva York: Academic Press.
- GOODE, W. J. (1970) *World revolution and family patterns*. Nueva York: Free Press.
- GOODLIN, R. C. (1979). History of fetal monitoring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 133, 323-347.
- GOODMAN, M. (1980). Toward a biology of menopause. *Signs*, 5, 739-753.
- GOODMAN, P. (1960). *Growing up absurd*. Nueva York: Random House.
- GOODNOW, J. (1977). *Children drawing*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GOODNOW, J. J., MILLER, P. J. Y KESSEL, F. (eds.) (1995). *Cultural practices as contexts for development*. Nueva York: Jossey-Bass.
- GOODWIN, F. (1991). From the alcohol, drug abuse, and mental health administration: Alcohol, caffeine and fetal cells. *Journal of the American Medical Association*, 266(8), 1056.
- GOPNIK, A. (1988). Three types of early word: The emergence of social words, names and cognitive-relational words in the one-word stage and their relation to cognitive development. *First Language*, 8, 49-70.
- GOPNIK, A. Y MELTZOFF, A. N. (1987). The development of categorization in the second year and its relation to other cognitive and linguistic developments. *Child Development*, 58, 1523-1531.
- GORDON, I. (1969). Early childhood stimulation through parent education. *Final Report to the Children's Bureau Social and Rehabilitation Services Department of HEW*. ED 038-166.
- GORTMAKER, S. L., DIETZ, W. H., JR., SOBOL, A. M. Y WEHLER, C. A. (1987). Increasing pediatric obesity in the United States. *American Journal of Diseases of Children*, 141, 535-540.
- GOSLIN, D. A. (ed.). (1969). *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- GOTTMAN, J. M. (1983). How children become friends. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48(3).
- GOTTMAN, J. M., KATZ, L. F. Y HOOVEN, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10, 243-268.
- GOULD, R. L. (1978). *Transformations, growth and change in adult life*. Nueva York: Simon & Schuster.
- GOULD, S. J. (1981). *The mismeasure of man*. Nueva York: Norton.
- GOWING, M. K., KRAFT, J. D. Y QUICK, J. C. (eds.) (1997). Foreword to *The new organizational reality: Downsizing, restructuring, and revitalization*. Washington, DC: American Psychological Association.
- GRANRUD, C. D., YONAS, A. Y PETTERSON, L. (1984). A comparison of monocular and binocular depth perception in 5 and 7 month old infants. *Journal of Experimental Child Psychology*, 38, 19-32.
- GRATCH, G. Y SCHATZ, J. (1987). Cognitive development: The relevance of Piaget's infancy books. En J. Osofsy (ed.), *Handbook of infant development* (2a. ed.). Nueva York: Wiley.
- GRAY, D. B. Y YAFFE, S. J. (1983). Prenatal drugs. En C. C. Brown (ed.), *Prenatal Roundtable*:

- vol. 9: *Childhood learning disabilities and prenatal risk* (pp. 44–49). Rutherford, NJ: Johnson & Johnson.
- GRAY, D. B. Y YAFFE, S. J. (1986). Prenatal drugs and learning disabilities. En M. Lewis (ed.), *Learning disabilities and prenatal risk*. Urbana: University of Illinois Press.
- GRAY, S. (1976). *A report on the home-parent centered intervention programs: Home visiting with mothers of toddlers and their siblings*. DARCEE, Peabody College.
- GREENBERG, J. Y BECKER, M. (1988). Aging parents as family resources. *The Gerontologist*, 28, 786–791.
- GREENBERG, M. Y MORRIS, N. (julio de 1974). Engrossment: The newborn's impact upon the father. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44(4), 520–531.
- GREENE, A. L. (1990). Great expectations: Constructions of the life course during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 289–303.
- GREENE, A. L. Y BROOKS, J. (abril de 1985). *Children's perceptions of stressful life events*. Documento presentado en la Society for Research in Child Development, Toronto, Canadá.
- GREENFIELD, P. (1984). *Mind and media: The effects of television, video games and computers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GREENOUGH, W. T., BLACK, J. E. Y WALLACE, C. S. (1987). Experience and brain development. *Child Development*, 58, 539–559.
- GREENSPAN, S. Y GREENSPAN, N. (1985). *First feelings*. Nueva York: Penguin.
- GREENWOOD, S. (1984). *Menopause, naturally: Preparing for the second half of life*. San Francisco: Volcano Press.
- GRIEF, E. B. Y ULMAN, K. J. (1982). The psychological impact of menarche on early adolescent females: A review of the literature. *Child Development*, 53, 1413–1430.
- GRESS, L. D. Y BAHR, R. T. (1984). *The aging person: A holistic perspective* (p. 145). Saint Louis y Toronto: Mosby.
- GRIMM-THOMAS, K. Y PERRY-JENKINS, M. (abril de 1994). All in a day's work: Job experiences, self-esteem, and fathering in working-class families. *Family Relations*, 43, 174–181.
- GROBSTEIN, C., FLOWER, M. Y MENDELOFF, J. (1983). External human fertilization: An evaluation of policy. *Science*, 22, 127–133.
- GRODSTEIN, F., STAMPFER, M. J., COLDITZ, G. A., WILLETT, W. C., MANSON, J. E., JOFFE, M., ROSNER, B., FUCHS, C., HANKINSON, S. E., HUNTER, D. J., HENNEKENS, C. H. Y SPEIZER, F. E. (1997). Postmenopausal hormone therapy and mortality. *The New England Journal of Medicine*, 336, 1769–1775.
- GRONLUND, G. (1995). Bringing the DAP message to kindergarten and primary teachers. *Young Children*, 50 (5), 4–13.
- GROSJEAN, F. (1982). *Life with two languages: An introduction to bilingualism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GROSS, T. F. (1985). *Cognitive development*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- GROSSMAN, F. K., POLLACK, W. S. Y GOLDING, E. (1988). Fathers and children: Predicting the quality and quantity of fathering. *Developmental Psychology*, 24(1), 82–91.
- GROTEVANT, H. D. Y COOPER, C. R. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development*, 56, 415–428.
- GRUSEC, J. E. Y ARNASON, L. (1982). Consideration for others: Approaches to enhancing altruism. En S. Moore y C. Cooper (eds.), *The young child: Reviews of research* (vol. 3). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- GUELZOW, M. G., BIRD, G. W. Y KOBALL, E. H. (febrero de 1991). An exploratory path analysis of the stress process for dual-career men and women. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 151–164.
- GUILFORD, J. P. (1959). Three faces of intellect. *American Psychologist*, 14, 469–479.
- GUNNAR, M. R. (1989). Studies of the human infant's adrenocortical response to potentially stressful events. *New Directions for Child Development*, 45. San Francisco: Jossey-Bass.
- GUREWITSCH, E. (julio/agosto de 1983). Geriatric day care: The options reconsidered. *Aging Magazine*, pp. 21–26.
- GUTIERREZ DE PINEDA, V. (1948). Organización social en La Guajira. *Rev. Institute etnol.*, 3.
- GUTMANN, D. L. (1964). An exploration of ego configurations in middle and later life. En B. L. Neugarten (ed.), *Personality in middle and late life: Empirical studies*. Nueva York: Atherton Press.
- GUTMANN, D. L. (1969). The country of old men: Cross-cultural studies in the psychology of later life. *Occasional Papers in Gerontology*, No. 5. Ann Arbor: Institute of Gerontology, University of Michigan–Wayne State University.
- GUTMANN, D. L. (1975). Parenthood: A key to the comparative study of the life cycle. En N. Danan y L. H. Ginsberg (eds.), *Life-span developmental psychology: Normative life crises*. Nueva York: Academic Press.
- GUTMANN, D. (1987). *Reclaimed powers: Toward a new psychology of men and women in later life*. Nueva York: Basic Books.
- GUTMANN, E. (1977). En C. E. Finch y L. Hayflock (eds.), *Handbook of the biology of aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- H
- HABER, D. (1984). Church-based programs for black caregivers of noninstitutionalized elders. *Journal of Gerontological Social Work*, 7, 43–49.
- HABER, P. (1987). Hospice. En G. L. Maddox et al. (eds.), *The encyclopedia of aging*. Nueva York: Springer.
- HAGEN, J. W., LONGEWARD, R. H. J. Y KAIL, R. V. (1975). Cognitive perspectives on the development of memory. En H. W. Reese (ed.), *Advances in child development and behavior* (vol. 10). Nueva York: Academic Press.
- HAGESTAD, G. (1987). Able elderly in the family context: Changes, chances, and challenges. *The Gerontologist*, 27, 417–422.
- HAGESTAD, G. O. (1985). Continuity and connectedness. En V. L. Bengtson y J. Robertson (eds.), *Grandparenthood* (pp. 31–48). Beverly Hills, CA: Sage.
- HAGESTAD, G. O. (1990). Social perspectives on the life course. *Handbook of aging and the social sciences* (3a. ed., pp. 151–163). Nueva York: Academic Press.
- HALL, E. (abril de 1980). Interview of B. Neugarten, Acting one's age: New rules for old. *Psychology Today*.
- HALL, W. M. Y CAIRNS, R. B. (1984). Aggressive behavior in children: An outcome of modeling or social reciprocity? *Developmental Psychology*, 20, 739–745.
- HALLIDAY, M. (1973). *Exploration in the functions of language*. Londres: Edward Arnold.
- HALLINAN, M. T. Y TEIXEIRA, R. A. (1987). Students' interracial friendships: Individual characteristics, structural effects, and racial differences. *American Journal of Education*, 95, 563–583.
- HALPERN, D. F. (1986). *Sex differences in cognitive abilities*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- HALSEY, N. A., BOULOS, R., HOLT, E., RUFF, A. B., KISSINGER, P., QUINN, T. C., COBERLY, J. S., ADRIEN, M. Y BOULOS, C. (octubre de 1990). Transmission of HIV-1 infections from mothers to infants in Haiti. *Journal of the American Medical Association*, 264(16).
- HANAWALT, B. A. (1995). *Growing up in medieval London: The experience of childhood in history*. Nueva York: Oxford University Press.
- HANDYSIDE, A. H., LESKO, J. G., TARIN, J. J., WINSTON, R. M. L. Y HUGHES, M. R. (1992). Birth of a normal girl after in vitro fertilization and preimplantation diagnostic testing for cystic fibrosis. *New England Journal of Medicine*, 327(13), 905–909.
- HANSEN, L. S. (1974). Counseling and career (self) development of women. *Focus on Guidance*, 7, 1–15.
- HANSON, D., CONAWAY, L. P. Y CHRISTOHER, J. S. (1989). Victims of child physical abuse. En Robert T. Ammerman y Micheal Hersen (eds.), *Treatment of family violence*. Nueva York: Wiley.
- HARKNESS, S. Y SUPER, C. M. (1983). *The cultural structuring of children's play in a rural African community*. Documento presentado en la reunión anual de la Association for the Anthropological Study of Play, Baton Rouge, LA.
- HARLAN, L. C., BERNSTEIN, A. B. Y KESSLER, L. G. (1991). Cervical cancer screening: Who is not screened and why? *American Journal of Public Health*, 81(7), 885–890.
- HARLOW, H. F. (junio de 1959). Love in infant monkeys. *Scientific American*, pp. 68–74.
- HARLOW, H. F. Y HARLOW, M. K. (noviembre de 1962). Social deprivation in monkeys. *Scientific American*, pp. 137–146.
- HARRE, R. (enero de 1980). What's in a nickname? *Psychology Today*, pp. 78–84.
- HARRIS, B. (1979). Whatever happened to Little Albert? *American Psychologist*, 34(2), 151–160.
- HARRIS, K. R. (1990). Developing self-regulated learners: The role of private speech and self-instruction. *Educational Psychologist* 25, 35–49.

- HARRIS, LOUIS Y ASSOCIATES. (1978). Myths and realities of life for older Americans. En R. Gross, B. Gross y S. Seidman (eds.), *The new old: Struggling for decent aging*. Garden City, NY: Anchor Press/Doubleday (publicado originalmente en 1975).
- HARRIS, P. L., BROWN, E., MARRIOTT, C., WHITTALL, S. Y HARMER, S. (1991). Monsters, ghosts and witches: Testing the limits of the fantasy-reality distinction in young children. *British Journal of Developmental Psychology*, 9, 105-123.
- HARRIS, R., ELLICOTT, A. Y HOMMES, D. (1986). The timing of psychosocial transitions and changes in women's lives: An examination of women aged 45 to 60. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 409-416.
- HARRISON, A., WILSON, M., PINE, C., CHAN, S. Y BUREL, R. (1990). Family ecologies of ethnic minority children. *Child Development*, 61, 347-362.
- HART, S. N. Y BRASSARD, M. R. (1991). Psychological maltreatment: Progress achieved. *Development and Psychopathology*, 3, 61-70.
- HART, S. N., GERMAIN, R. B. Y BRASSARD, M. R. (1987). The challenge: To better understand and combat psychological maltreatment of children and youth. En M. R. Brassard, R. Germain y S. N. Hart (eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 3-24). Nueva York: Pergamon.
- HARTER, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- HARTER, S. (1983). Developmental perspectives on the self system. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology* (4a. ed., vol. 4). Nueva York: Wiley.
- HARTER, S. (1988). Developmental processes in the construction of the self. En T. D. Yawkey y J. E. Johnson (eds.), *Integrative processes and socialization: Early to middle childhood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- HARTUP, W. W. (1963). Dependence and independence. En H. W. Stevenson, J. Kagan y C. Spiker (Eds.), *Child psychology*. Chicago: National Society for the Study of Education.
- HARTUP, W. W. (1970a). Peer interaction and social organization. En P. H. Mussen (ed.), *Carmichael's manual of child psychology* (3a. ed., vol. 2). Nueva York: Wiley.
- HARTUP, W. W. (1970b). Peer relations. En T. D. Spencer y N. Kass (eds.), *Perspectives in child psychology: Research and review*. Nueva York: McGraw-Hill.
- HARTUP, W. W. (1983). Peer relations. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology* (4a. ed., vol. 4). Nueva York: Wiley.
- HARTUP, W. W. (1989). Social relationships and their developmental significance. *American Psychologist*, 44(2), 120-126.
- HARTUP, W. W. (verano de 1993). Adolescents and their friends. *New Directions for Child Development*, 60, 3-19.
- HARTUP, W. W. (1996). The company they keep: Friendships and their developmental significance. *Child Development*, 67, 1-13.
- HASKETT, M. E. Y KISTNER, J. A. (1991). Social interactions and peer perceptions of young physically abused children. *Child Development*, 62, 979-990.
- HASS, A. (1979). *Teenage sexuality: A survey of teenage sexual behavior*. Nueva York: Macmillan.
- HASSETT, J. (septiembre de 1984). Computers in the classroom. *Psychology Today*, 18, 9.
- HASTE, H. Y TORNEY-PURTA, J. (eds.) (verano de 1992). The development of political understanding: A new perspective (pp. 1-10). San Francisco: Jossey-Bass.
- HATCH, T. (1997). Getting specific about multiple intelligences. *Educational Leadership*, 54, 26-29.
- HAUSER, S. T. (1976). Loevinger's model and measure of ego development: A critical review. *Psychological Bulletin*, 83, 928-955.
- HAUSER, S. T., BOOK, B. K., HOULIHAN, J., POWERS, S., WEISS-PERRY, B., FOLLANSBEE, D., JACOBSON, A. M. Y NOAM, G. (1987). Sex differences within the family: Studies of adolescent and operent family interactions. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 199-220.
- HAVIGHURST, R. (1982). The world of work. En B. Wolman (ed.), *The handbook of developmental psychology* (pp. 771-790). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- HAVIGHURST, R. J. (1953). *Human development and education*. Nueva York: Longman.
- HAVIGHURST, R. J. (1964). Stages of vocational development. En H. Borow (ed.), *Man in a world at work*. Boston: Houghton Mifflin.
- HAVIGHURST, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3a. ed.). Nueva York: McKay.
- HAVIGHURST, R. J. Y DREYER, P. H. (1975). Youth and cultural pluralism. En R. J. Havighurst y P. H. Dreyer (eds.), *Youth: The 74th yearbook of the NSSE*. Chicago: University of Chicago Press.
- HAWKINS, J. A. Y BERNDT, T. J. (1985). *Adjustment following the transition to junior high school*. Documento presentado en la reunión bienal de la Society for Research in Child Development.
- HAWKINS, J., SHEINGOLD, K., GEARHART, M. Y BURGER, C. (1982). Microcomputers in schools: Impact on the social life of elementary classrooms. *Applied Developmental Psychology*, 3, 361-373.
- HAYES, H. T. P. (12 de junio de 1977). The pursuit of reason. *New York Times Magazine*.
- HAYNE, H. Y ROVEE-COLLIER, C. (1995). The organization of reactivated memory in infancy. *Child Development*, 66, 893-906.
- HAYWARD, M. D., FRIEDMAN, S. Y CHEN, H. (1998). *Journal of Gerontology*, 53B, S91-S103.
- HAZEN, N. L. Y LOCKMAN, J. J. (1989). Skill in context. En J. J. Lockman y N. L. Hazen (eds.) *Action in social context: Perspectives on early development* (pp. 1-22). Nueva York: Plenum.
- HEBB, D. O. (1966). *A textbook of psychology*. Filadelfia: Saunders.
- HECHTMAN, L. (1989). Teenage mothers and their children: Risks and problems: A review. *Canadian Journal of Psychology*, 34, 569-575.
- HECOX, K. (1975). Electrophysiological correlates of human auditory development. En L. B. Cohn y P. Salapatek (eds.), *Infant perception: From sensation to cognition* (pp. 151-191). Nueva York: Academia.
- HEIDRICH, S. D. Y RYFF, C. D. (1993a). Physical and mental health in later life: The self-system as mediator. *Psychology and Aging*, 8(3) 327-338.
- HEIDRICH, S. D. Y RYFF, C. D. (1993b). The role of social comparisons processes in the psychological adaptation of elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48(3), 127-136.
- HELPER, R. (1982). The relationship between lack of bonding and child abuse and neglect. En *Round Table on Maternal Attachment and Nurturing Disorder* (vol. 2). New Brunswick, NJ: Johnson & Johnson.
- HELLIGE, J. B. (1993). Unity of thought and action. Varieties of interaction between the left and right cerebral hemispheres. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 21-25.
- HELSON, R. (1997). The self in middle age. En Lachman, M. E. y James, J. B. (eds.), *Multiple paths of midlife development*. Chicago: University of Chicago Press.
- HELSON, R. Y PICANO, J. (1990). Is the traditional role bad for women? *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 311-320.
- HELVIG, C. C. (1995). Adolescents' and young adults' conceptions of civil liberties: Freedom of speech and religion. *Child Development*, 66, 152-166.
- HEPPER, P. (1989). Foetal learning: Implications for psychiatry? *British Journal of Psychiatry*, 155, 289-293.
- HERKOWITZ, J. (1978). Sex-role expectations and motor behavior of the young child. En M. V. Ridenour (Ed.), *Motor development: Issues and applications*. Princeton, NJ: Princeton Book Co.
- HERNANDEZ, D. J. (primavera de 1994). Childrens changing access to resources: A historical perspective. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 8(1), 1-3.
- HERRON, R. E. Y SUTTON-SMITH, B. (1971). *Child's play*. Nueva York: Wiley.
- HERSHBERGER, S. L. Y D'AUGELLI, A. R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology*, 31, 65-74.
- HERSHEY, D. (1974). *Life-span and factors affecting it*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- HESS, E. H. (1970). Ethology and developmental psychology. En P. H. Mussen (ed.), *Carmichael's manual of child psychology* (3a. ed., vol. 1). Nueva York: Wiley.
- HESS, E. H. (agosto de 1972). "Imprinting" in a natural laboratory. *Scientific American*, pp. 24-31.
- HESS, R. D. Y HOLLOWAY, S. D. (1984). Family and school as educational institutions. En R. D. Parked (ed.), *Review of Child Development Research 7: The Family* (pp. 179-222). Chicago: University of Chicago Press.
- HETHERINGTON, E. M. (1989). Coping with family transitions: Winners, losers, and survivors. *Child Development*, 60, 1-14.
- HETHERINGTON, E. M. (1992). Coping with marital transitions: A family systems perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57(2-3), serie núm. 227, 1-14.
- HETHERINGTON, E. M. (junio de 1984). Stress and coping in children and families. En A.

- Doyle, D. Gold y D. Moskowitz (eds.), *New Directions for Child Development*, 24.
- HETHERINGTON, E. M. y BALTES, P. B. (1988). Child psychology and life-span development. En E. M. Hetherington, R. Lerner y M. Perlmutter (eds.) *Child development in life-span perspective* (pp. 1-20). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- HETHERINGTON, E. M. y CAMARA, K. A. (1984). Families in transition: The process of dissolution and reconstitution. En R. D. Parke (ed.), *Review of child development research* (vol. 7). Chicago: University of Chicago Press.
- HETHERINGTON, E. M., COX, M. y COX, R. (1982). Effects of divorce on parents and children. En M. L. Lamb (ed.), *Nontraditional families: Parenting and child development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- HETHERINGTON, E. M. ET AL. (1978). The aftermath of divorce. En J. H. Stevens y M. Athews (eds.), *Mother-child, father-child relationships*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- HETHERINGTON, E. M., STANLEY-HAGAN, M. y ANDERSON, E. R. (1989). Marital transitions: A child's perspective. *American Psychologist*, 44, 303-312.
- HEWLETT, S. A. (1984). *A lesser life: The myth of women's liberation in America*. Nueva York: Warner Books.
- HILL, J. P. (1980). The family. En M. Johnson (ed.), *Toward adolescence: The middle school years. The seventy-ninth yearbook of the national society for the study of education*. Chicago: University of Chicago Press.
- HILL, J. P. (1980). *Understanding early adolescence: A framework*. Carrboro, NC: Center for Early Adolescence.
- HILL, J. P. (1987). Research on adolescents and their families past and present. *New Directions for Child Development*, 37, 13-32.
- HILL, R. y ALDOUS, J. (1969). Socialization for marriage and parenthood. En D. A. Goslin (ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- HILL, R., FOOTE, N., ALDOUS, J., CARLSON, R. y MACDONALD, R. (1970). *Family development in three generations*. Cambridge, MA: Schenkman.
- HINDE, R. A. (1987). *Individuals, relationships & culture: Links between ethology and the social sciences*. Cambridge, UK, y Nueva York: Cambridge University Press.
- HIRSCH, B., KENT, D. P. y SILVERMAN, S. (1972). Homogeneity and heterogeneity among low-income Negro and white aged. En D. P. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (eds.), *Research planning and action for the elderly: The power and potential of social science* (pp. 400-500). Nueva York: Behavioral Publishers.
- HIRSHBERG, L. (1990). When infants look to their parents: II. Twelve-month-olds' response to conflicting parental emotional signals. *Child Development*, 61, 1187-1191.
- HIRSHBERG, L. M. y SVEJDA, M. (1990). When infants look to their parents: I. Infants' social referencing of mothers compared to fathers. *Child Development*, 61, 1175-1186.
- HIRSH-PAEEK, K., NELSON, D. G., JUSZYK, P. W. y WRIGHT, K. (abril de 1986). *A moment of silence: How the prosaic cues in motherese might assist language learning*. Documento presentado en la International Conference on Infant Studies, Los Ángeles.
- HISCOCK, M. y KINSBOURNE, M. (1987). Specialization of the cerebral hemispheres: Implications for learning. *Journal of Learning Disabilities*, 20, 130-142.
- HITE, S. (1976). *The Hite report*. Nueva York: Macmillan.
- HO, D. Y. y SAPOLSKY, R. M. Gene therapy for the nervous systems. *Scientific American*, 276 (6), 116-120.
- HOBBS, D. y COLE, S. (1976). Transition to parenthood: A decade of replication. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 723-731.
- HOCHSCHILD, A. (1989). *The second shift*. Nueva York: Avon Books.
- HODGES, W. y COOPER, M. (1981). Head start and follow-through: Influences on intellectual development. *Journal of Special Education*, 15, 221-237.
- HOFFMAN, J. (1984). Psychological separation of late adolescents from their parents. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 170-178.
- HOFFMAN, L. (1989). Effects of maternal unemployment in the two-parent family. *American Psychologist*, 44, 283-292.
- HOFFMAN, M. L. (1970). Moral development. En P. H. Mussen (ed.), *Carmichael's manual of child psychology* (3a. ed., vol. 2). Nueva York: Wiley.
- HOFFMAN, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 84(4), 712-722.
- HOFFMAN, M. L. (1980). Moral development in adolescence. En J. Adelson (ed.), *Handbook of adolescent psychology*. Nueva York: Wiley.
- HOFFMAN, M. L. (1981). Is altruism part of human nature? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 121-137.
- HOGAN, D. (1980). The transition to adulthood as a career contingency. *American Sociological Review*, 45, 261.
- HOLDEN, C. (1980). Identical twins reared apart. *Science*, 207, 1323-1328.
- HOLLAND, J. L. (1973). *Making vocational choices: A theory of careers*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- HOLT, J. (1964). *How children fail*. Nueva York: Dell.
- HOLT, R. R. (1982). Occupational stress. En L. Goldberger y S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress* (p. 4). Nueva York: Free Press.
- HONG, R., MATSUYAMA, E. y NUR, K. (1991). Cardiomyopathy associated with the smoking of crystal methamphetamine. *Journal of the American Medical Association*, 265(9), 1152-1154.
- HONIG, A. S. (octubre de 1980). The importance of fathering. *Dimensions*, pp. 33-38, 63.
- HONIG, A. S. (mayo de 1986). Stress and coping in young children. *Young Children*, pp. 50-63.
- HONIG, A. (mayo de 1989). Quality infant/toddler caregiving: Are there magic recipes? *Young Children*, pp. 4-10.
- HOOD, J. C. (1986). The provider role: Its meaning and measurement. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 349-359.
- HOPKINS, B. (1991). Facilitating early motor development: An intercultural study of West Indian mothers and their infants living in Britain. En J. K. Nugent, B. M. Lester y T. B. Brazelton (eds.), *The cultural context of infancy* (vol. 2, pp. 93-144). Norwood, NJ: Ablex.
- HORGAN, J. (1993). Eugenics revisited. *Scientific American*, 268(6), 122-128, 130-131.
- HORN, J. L. (1982). The theory of fluid and crystallized intelligence in relation to concepts of cognitive psychology and aging in adulthood. En F. I. M. Craik y S. Trehub (eds.), *Aging and cognitive processes*. Nueva York: Plenum.
- HORN, J. L. y DONALDSON, G. (1980). Cognitive development in adulthood. En J. Kagan y O. G. Brim, Jr. (eds.), *Constancy and change in development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- HORN, J. M. (1983). The Texas adoption project: Adopted children and their intellectual resemblance to biological and adoptive parents. *Child Development*, 54, 268-275.
- HORN, M. (14 de junio de 1993). Grief re-examined: The AIDS epidemic is confounding the normal work of bereavement. *U.S. News & World Report*, pp. 81-84.
- HOROWITZ, F. D. (1982). The first two years of life: Factors related to thriving. En S. Moore y C. Cooper (Eds.), *The young child: Reviews of research* (vol. 3). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- HOROWITZ, S. M., KLERNAN, L. V., SUNGKUO, H. y JEKEL, J. F. (1991). Intergenerational transmission of school age parenthood. *Family Planning Perspective*, 23, 168-177.
- HOVERSTEN, G. H. y MONCUR, J. P. (1969). Stimuli and intensity factors in testing infants. *Journal of Speech and Hearing Research*, 12, 687-702.
- HOWARD, J. (1995). You can't get there from here: The need for a new logic in education reform. *Daedalus*, 124 (4), 85-93.
- HOWARD, J. y HAMMOND, R. (9 de septiembre de 1985). Rumors of inferiority. *The New Republic*, pp. 17-21.
- HOWE, N. y STRAUSS, W. The new generation gap. *The Atlantic Monthly* (diciembre de 1992, pp. 67-89).
- HOWES, C. y OLENICK, M. (1986). Family and child care influences on toddler's compliance. *Child Development*, 57, 202-216.
- HOYER, W. J. y PLUDE, D. J. (1980). Attentional and perceptual processes in the study of cognitive aging. En L. W. Poon (ed.), *Aging in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- HUDSON, H. (1981). Citado en H. J. Wershow, *Controversial issues in gerontology*. Nueva York: Springer.
- HUESMANN, L. R., LAGERSPETZ, K. y ERON, L. D. (1984). Intervening variables in the TV violence-aggression relation: Evidence from two countries. *Developmental Psychology*, 20, 746-775.
- HUGHES, F. P. (1991). *Children, play and development*. Boston: Allyn & Bacon.
- HUGHES, M. y DONALDSON, M. (1979). The use of hiding games for studying the coordina-

- tion of viewpoints. *Educational Review*, 31, 133-140.
- HULL, C. L. (1943). *Principles of behavior*. Nueva York: Appleton-Century.
- HUMMERT, M. L., GARSTKA, T. A., SHANER, J. L. Y STRAHM, S. (1995). Judgments about stereotypes of the elderly. *Research on aging*, 17, 168-189.
- HUNT, B. Y HUNT, M. (1975). *Prime time*. Nueva York: Stein & Day.
- HUNT, J. G. Y HUNT, L. L. (1987). Here to play: From families to life-styles. *Journal of Family Issues*, 8, 440-443.
- HUNT, J. M. (1961). *Intelligence and experience*. Nueva York: Ronald Press.
- HUNT, M. (1974). *Sexual behavior in the 1970s*. Nueva York: Dell.
- HUNTER, S. Y SUNDEL, M. (1989). Midlife myths: Issues, findings, and practice implications. Newbury Park, CA: Sage.
- HUSEN, T. (1967). *International study of achievement in mathematics: A comparison of twelve countries*. Nueva York: Wiley.
- HUSTON, A. (1983). Sex typing. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology* (vol. 4). Nueva York: Wiley.
- HUSTON, A. C., WATKINS, B. A. Y KUNKEL, D. (1989). Public policy and children's television. *American Psychologist*, 44, 424-433.
- HUTCHESON, R. H. (1968). Iron deficiency anemia in Tennessee among rural poor children. *Public Health Reports*, 83, 939-943.
- HWANG, C. P. Y BROBERG, A. (1992). The historical and social context of child care in Sweden. En M. E. Lamb y K. J. Sternberg (eds.), *Child care in context*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 27-53.
- HYDE, J. S. (1984). How large are gender differences in aggression? A developmental metaanalysis. *Developmental Psychology*, 20, 722-736.
- HYDE, J. S. (1986). *Understanding human sexuality* (3a. ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- I
- IHINGER-TALLMAN, M. Y PASLEY, K. (1987). Divorce and remarriage in the American family: A historical review. En R. Pasley y M. Ilinger-Tallman (eds.), *Remarriage and stepparenting: Current research and theory*. Nueva York: Guilford.
- IMARA, M. (1975). Dying as the last stage of growth. En E. Kübler-Ross (ed.), *Death: The final stage of growth*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- IMHOF, A. E. (1986). Life course patterns of women and their husbands. En A. B. Sorensen, F. E. Weinert y L. R. Sherrod (eds.), *Human development and the life course: Multidisciplinary perspectives* (pp. 247-270). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- INHEDER, B. Y PIAGET, J. (1958). *The growth of logical thinking: From childhood to adolescence*. (A. Parsons y S. Milgram, traductores). Nueva York: Basic Books.
- IRWIN, T. (1978). After 65: Resources for self-reliance. En R. Gross, B. Gross y S. Seidman (eds.), *The new old: Struggling for decent aging*. Garden City, NY: Anchor- Press/Doubleday.
- ISAACS, S. (1930). *Intellectual growth in young children*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- ISABELLA, R. A., BELSKY, J. Y VON EYE, A. (1989). Origins of infant-mother attachment: An examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*, 25(1), 12-21.
- ISENBERG, J. Y QUISENBERRY, N. L. (febrero de 1988). Play: A necessity for all children. *Childhood Education*.
- J
- JACACK, R. A. ET AL. (1995). Moral reasoning about sexually transmitted diseases. *Child Development*, 66, 167-177.
- JACKSON, J. J. (1985). Race, national origin, ethnicity, and aging. En R. B. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- JACKSON, J., ANTONUCCI, T. Y GIBSON, R. (1990). Cultural, racial, and ethnic minority influences on aging. En J. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3a. ed., pp. 103-123). San Diego: Academic Press.
- JACOBSON, A. L. (1978). Infant day care: Toward a more human environment. *Young Children*, 33, 14-23.
- JACOBSON, J. L. Y WILLE, D. E. (1984). Influence of attachment and separation experience on separation distress at 18 months. *Developmental Psychology*, 20, 477-484.
- JACOBSON, J. Y WILLE, D. (1986). The influence of attachment pattern on developmental changes in peer interaction from the toddler to the preschool period. *Child Development*, 57, 338-347.
- JACOBSON, J. L., JACOBSON, S. W., SCHWARTZ, P. M., FEIN, G. Y DOWLER, J. K. (1984). Prenatal exposure to an environmental toxin: A test of the multiple effects model. *Developmental Psychology*, 20, 523-532.
- JAEGER, E. Y WEINRAUB, M. (Fall 1990). Early nonmaternal care and infant attachment: In search of progress. En *New Directions for Child Development*, 49, 71-90.
- JAMES, W. (1890). *Principles of psychology*. Nueva York: Holt.
- JEFFERS, F. C. Y VERWOERDT, A. (1970). Factors associated with frequency of death thoughts in elderly community volunteers. En E. Palmore (ed.), *Normal aging*. Durham, NC: Duke University Press.
- JELLIFFE, D. B., JELLIFFE, E. F. P., GARCIA, L. Y DE BARRIOS, G. (1961). The children of the San Blas Indians of Panama. *Journal of Pediatrics*, 59, 271-285.
- JENSEN, A. R. (1969). How much can we boost IQ and scholastic achievement? *Harvard Educational Review*, 39, 1-123.
- JENSH, R. (1986). Effects of prenatal irradiation on postnatal psychophysiologic development. En E. P. Riley y C. V. Vorhees (eds.), *Handbook of behavioral perinatology*. Nueva York: Plenum.
- JERSILD, A. T. Y HOLMES, F. B. (1935). *Children's fears*. (Child Development Monograph núm. 20). Nueva York: Teachers College Press, Columbia University.
- JESSNER, L., WEIGERT, E. Y FOY, J. L. (1970). The development of parental attitudes during pregnancy. En E. J. Anthony y T. Benedek (eds.), *Parenthood: Its psychology and psychopathology*. Boston: Little, Brown.
- JESSOR, R. (1993). Successful adolescent among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48(2), 117-126.
- JOHNSON, C. L. Y BARER, B. M. (junio de 1987). Marital instability and the changing kinship networks of grandparents. *The Gerontologist*, 27(3), 330-335.
- JOHNSON, J. E., CHRISTIE, J. F. Y YAWKEY, T. D. (1987). *Play and early childhood development*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- JOHNSON, R. P. Y RIKER, H. C. (1981). Retirement maturity: A valuable concept for preretirement counselors. *Personnel and Guidance Journal*, 59, 291-295.
- JOHNSTON, L. D., O'MALLEY, P. M. Y BACHMAN, G. J. (1987). *National trends in drug use and related factors among American high school students and young adults, 1975-1986*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse.
- JONES, A. B. (1959). The relation of human health to age, place, and time. En J. E. Birren (ed.), *Handbook of aging and the individual*. Chicago: University of Chicago Press.
- JONES, A. P. Y CRNIC, L. S. (1986). Maternal mediation of the effects of malnutrition. En E. P. Riley y C. V. Vorhees (eds.), *Handbook of behavioral teratology*. Nueva York: Plenum.
- JONES, M. C. (1965). Psychological correlates of somatic development. *Child Development*, 36, 899-911.
- JONES, M. C. (1979). Psychological correlates of somatic development. *Child Development*, 36, 899-911.
- JORDANOVA, L. (1989). Children in history: Concepts of nature and society. En G. Scarr (ed.), *Children, parents, and politics* (pp. 3-24). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- JOSEPHS, L. (1982). *Professional women in the first two years of motherhood: A study of female-to-female support, nurturance, and autonomy*. Tesis inédita, University of Massachusetts.
- JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (1996). Boning up on estrogen: New options, new concerns (editorial). *Volume 276*, 1430-1432.
- JUDD, L. J. (invierno de 1991). Study finds mental disorders strike youth earlier than thought. *Quarterly Newsletter of the National Mental Health Association*, p. 4.
- JUNG, C. G. (1931/1960). The stages of life. En H. Read, M. Fordham y G. Adler (eds.), *The collected works of C. G. Jung* (vol. 8, pp. 387-402). Nueva York: Pantheon.
- K
- KADKAR, S. (1986). Male and female in India: Identity formation and its effects on cultural adaptation in tradition and transformation. En R. H. Brown y G. V. Coelho (eds.), *Asian Indians in America*. Williamsburg, VA: College of William and Mary.

- KAGAN, J. (1971). *Change and continuity in infancy*. Nueva York: Wiley.
- KAGAN, J. (1978). The baby's elastic mind. *Human Nature*, 1, 66-73.
- KAGAN, J. y MOSS, H. A. (1962). *Birth to maturity: A study in psychological development*. Nueva York: Wiley.
- KAGAN, J. y SNIDMAN, N. (1991). Temperamental factors in human development. *American Psychologist*, 46(8), 856-862.
- KAGAN, J., ARCUS, D. y SNIDMAN, N. (1993). The idea of temperament: Where do we go from here? In R. Plomin y G. E. McClearn (eds.), *Nature, nurture and psychology* (pp. 197-210). Washington, DC: American Psychological Association.
- KAKU, D. A. ET AL. (1991). Emergence of recreational drug abuse as a major risk factor for stroke in young adults. *Journal of the American Medical Association*, 265(11), 1382.
- KALES, J. D. (septiembre de 1979). Sleep-walking y night terrors related to febrile illness. *American Journal of Psychiatry*, 136(9), 1214-1215.
- KALISH, R. A. (1985). *The final transition. From the Perspectives on Death y Dying series*. Farmingdale, NY: Baywood.
- KALISH, R. (1987). Death. En G. L. Maddox et al. (eds.), *The encyclopedia of aging*. Nueva York: Springer.
- KALISH, R. A. y REYNOLDS, D. K. (1981). *Death and ethnicity: A psychological study*. Farmingdale, NY: Baywood.
- KALLEBERG, A. y ROSENFELD, R. (1990). Work in the family and in the labor market: A cross-national, reciprocal analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 331-346.
- KALLMANN, F. J. y SANDER, G. (1949). Twin students on senescence. *American Journal of Psychiatry*, 106, 29-36.
- KALNINS, I. V. y BRUNER, J. S. (1973). Infant sucking used to change the clarity of a visual display. En L. J. Stone, H. T. Smith y L. B. Murphy (eds.), *The competent infant: Research and commentary*. Nueva York: Basic Books.
- KAMIL, C. y DeVRIES, R. (1980). *Group games in early education*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- KAMIN, L. (1974). *The science and politics of IQ*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- KAMMERMAN, S., KAHN, A. y KINGSTON, P. (1983). *Maternity policies and working women*. Nueva York: Columbia University Press.
- KANDEL, D. B., RAVEIS, V. H. y DAVIES, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: Depression, substance use y other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 289-309.
- KANE, R. L. y KANE, R. A. (1980). Alternatives to institutional care of the elderly: Beyond the dichotomy. *The Gerontologist*, 20(30), 197.
- KANE, S. R. y FURTH, H. G. (1993). Children constructing social reality: A frame analysis of social pretend play. *Human Development*, 36, 199-214.
- KANTER, R. (1977). *Men and women of the corporation*. Nueva York: Basic Books.
- KANTER, R. M. (marzo de 1976). Why bosses turn bitchy. *Psychology Today*, pp. 56-59.
- KANTROWITZ, B. (mayo de 16, 1988). Premies. *Newsweek*, pp. 62-67.
- KAPLAN, L. J. (1984). *Adolescence: The farewell to childhood*. Nueva York: Touchstone.
- KAPLAN, M. (1979). *Leisure: Lifestyle and lifespan*. Filadelfia.
- KAPLAN, N., CHOY, M. H. y WHITMORE, J. K. (febrero de 1992). Indochinese refugee families and academic achievement. *Scientific American*, 36-42.
- KAREN, R. (febrero de 1990). Becoming attached. *The Atlantic Monthly*.
- KARLSON, A. L. (1972). *A naturalistic method for assessing cognitive acquisition of young children participating in preschool programs*. Tesis doctoral inédita, University of Chicago.
- KASTENBAUM, R. (diciembre de 1971). Age: Getting there ahead of time. *Psychology Today*, pp. 52-54ff.
- KASTENBAUM, R. (1979). *Growing old: Years of fulfillment*. Nueva York: Harper & Row.
- KASTENBAUM, R. (1986). *Death, society and human experience*. Columbus, OH: Merrill.
- KASTENBAUM, R. y COSTA, P. T. (1977). Psychological perspectives on death. En M. R. Rosenzweig y L. W. Porter (eds.), *Annual review of psychology* (vol. 28). Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- KATZ, L. G. (septiembre de 1990). Impressions of Reggio Emilia preschools. *Young Children*, 45(6), 4-10.
- KAVALÉ, K. A. y FORNESS, S. R. (1996). Social skill deficits and learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 226-237.
- KEATING, D. (1976). Intellectual talent, research, and development: Proceedings. En D. Keating (ed.), *Hyman Blumberg Symposium in Early Childhood Education*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- KEATING, D. P. (1980). Thinking processes in adolescence. En J. Adelson (ed.), *Handbook of adolescent psychology*. Nueva York: Wiley.
- KEEN, S. (abril de 1974). The heroics of everyday life: A theorist of death confronts his own end. *Psychology Today*, pp. 71-75ff.
- KEGAN, R. (1982). *The evolving self: Problem and process in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KEGAN, R. (1995). *In over our heads: The mental demands of modern life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KEISTER, M. E. (1970). *The good life for infants and toddlers*. Nueva York: Harper & Row.
- KEITH-SPIEGEL, R. (1976). Children's rights as participants in research. En G. P. Koocher (ed.), *Children's rights in mental health professions*. Nueva York: Wiley.
- KELLOGG, R. (1970). *Analyzing children's art*. Palo Alto, CA: National Press.
- KELLY, J. B. (1982). Divorce: The adult perspective. En B. Wolman (ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- KELLY, T. (1986). *Clinical genetics and genetic counseling* (3a. ed.). Chicago: Year Book Medical Publishers.
- KELVIN, P. y JARRETT, J. (1985). *Unemployment: Its social psychological effects*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- KEMPE, R. S. y KEMPE, C. H. (1984). *The common secret: Sexual abuse of children and adolescents*. San Francisco: Freeman.
- KENISTON, K. (invierno de 1968-1969). Heads and seekers: Drugs on campus, counter-culture, and American society. *American Scholar*, pp. 126-151.
- KENISTON, K. (1975). Youth as a stage of life. En R. J. Havighurst y P. H. Dreyer (eds.), *Youth: The 74th yearbook of the NSSE*. Chicago: University of Chicago Press.
- KENISTON, K. (1977). *All our children: The American family under pressure*. Report of the Carnegie Council on Children. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich.
- KEOGH, J. F. (1965). *Motor performance of elementary school children*. Monograph of the Physical Education Department, University of California, Los Angeles.
- KEPHART, W. M. (1966). The Oneida community. En W. M. Kephart (d.), *The family, society, and the individual* (2a. ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- KERMOIAN, R. y CAMPOS, J. J. (1988). Locomotor experience: A facilitation of spacial cognitive development. *Child Development*, 59, 908-17.
- KESSLER, R. y MCRAE, J. (1982). The effect of wives' employment on the mental health of married men and women. *American Sociological Review*, 47, 216-227.
- KETT, J. F. (1977). *Rites of passage: Adolescence in America, 1790 to the present*. Nueva York: Basic Books.
- KIEFFER, J. (febrero/marzo de 1984). New roles for older workers. *Aging*, 47, 11-16.
- KIESTER, E. (octubre de 1977). Healing babies before they're born. *Family Health*, pp. 26-30.
- KIMMEL, D. C. (1974). *Adulthood and aging: An interdisciplinary view*. Nueva York: Wiley.
- KIMURA, D. (septiembre de 1992). Sex differences in the brain. *Scientific American*.
- KINDERMANN, T. A. (1993). Natural peer groups as contexts for individual development: The case of children's motivation in school. *Developmental Psychology*, 29(6), 970-977.
- KINSEY, A. C., POMEROY, W. B. y MARTIN, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Filadelfia: Saunders.
- KITZINGER, S. (1981). *The complete book of pregnancy and childbirth*. Nueva York: Knopf.
- KLAHR, D., LANGLEY, P. y NECHER, R. (eds.). (1987). *Production system model of learning and development*. Cambridge, MA: MIT Press.
- KLEIGL, R., SMITH, J. y BALTES, P. (1990). On the locus and process of magnification of age differences during mnemonic training. *Developmental Psychology*, 26, 894-904.
- KLEIN, B. y RONES, P. (1989). A profile of the working poor. *Monthly Labor Review*, pp. 3-13.
- KLEIN, N., HACK, N., GALLAGHER, J. y FANAROFF, A. A. (1985). Preschool performance of children with normal intelligence who were very low birth weight infants. *Pediatrics*, 75, 531-37.
- KLIMA, E. S. y BELLUGI, U. (1966). Syntactic regularities. En J. Lyons y R. J. Wales

- (eds.), *Psycholinguistics papers*. Edinburgh: University of Edinburgh Press.
- KLIMA, E. S. y BELLUGI, U. (1973). Citado en P. de Villiers y J. de Villiers, *Early language*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
- KLINE, D. W. y SCHIEBER, F. (1985). Vision and aging. En J. E. Baron y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed.). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- KLINNERT, M. D., EMDE, R. N., BUTTERFIELD, P. y CAMPOS, J. J. (1986). Social referencing: The infant's use of emotional signals from a friendly adult with mother present. *Developmental Psychology*, 22, 427-432.
- KNIGHT, B. y WALKER, D. L. (1985). Toward a definition of alternatives to institutionalization for the frail elderly. *The Gerontologist*, 25(4), 358-363.
- KNOBLOCH, H., MALONE, A., ELLISON, P. H., STEVENS, F. y ZDEB, M. (marzo de 1982). Considerations in evaluating changes in outcome for infants weighing less than 1,501 grams. *Pediatrics*, 69(3), 285-295.
- KNOBLOCH, H., PASAMANICK, B., HARPER, P. A. y RIDER, R. V. (1959). The effect of prematurity on health and growth. *American Journal of Public Health*, 49, 1164-1173.
- KNOX, S. (1980). Ultra-sound diagnosis of foetal disorder. *Public Health, London*, 94, 362-367.
- KOCH, H. L. (1956). Sissiness and tomboyishness in relation to sibling characteristics. *Journal of Genetic Psychology*, 88, 213-244.
- KOCH, R. y KOCH, K. J. (1974). *Understanding the mentally retarded child: A new approach*. Nueva York: Random House.
- KOCHANSKA, G. (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development*, 68, 94-112.
- KOFF, T. H. (1980). *Hospice: A caring community*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- KOHL, H. (1968). *36 children*. Nueva York: Norton.
- KOHLBERG, L. (1958). *Stages of moral development*. Disertación inédita. University of Chicago.
- KOHLBERG, L. (1966). A cognitive developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. En E. Maccoby (ed.), *The development of sex differences*. Stanford: Stanford University Press.
- KOHLBERG, L. (1966). Moral education in the schools: A developmental view. *School Review*, 74, 1-30.
- KOHLBERG, L. (1969). Stage and sequence. The cognitive-developmental approach to socialization. En D. A. Goslin (ed.), *Handbook of Socialization Theory & Research* (pp. 347-480). Chicago: Rand McNally.
- KOHLBERG, L. (1978). Revisions in the theory and practice of moral development. *New Directions for Child Development*, 2.
- KOHLBERG, L. (1981). *Essays on moral development: vol. 1: The philosophy of moral development*. Nueva York: Harper & Row.
- KOHLBERG, L. (1984). *Essays on moral development: vol. 2: The psychology of moral development*. Nueva York: Harper & Row.
- KOHN, M. L. (1980). Job complexity and adult personality. En N. J. Smelser y E. H. Erikson (eds.), *Theories of work and love in adulthood*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KOHN, M. L. y SCHOOLER, C. (1978). The reciprocal effects of the substantive complexity of work and intellectual flexibility: A longitudinal assessment. *American Journal of Sociology*, 84, 24-52.
- KOHN, M. L. y SCHOOLER, C. (1983). *Work and personality: Inquiry into the impact of social stratification*. Norwood, NJ: Ablex.
- KOHN, R. R. (1985). Aging and age-related diseases: Normal processes. En H. A. Johnson (ed.), *Relations between normal aging and disease* (pp. 1-43). Nueva York: Raven.
- KOMAROVSKY, M. (1964). *Blue-collar marriage*. Nueva York: Random House.
- KOMNER, M. y SHOSTAK, M. (febrero de 1987). Timing and management of birth among the !Kung: Biocultural interaction and reproductive adaptation. *Cultural Anthropology*, 2(1), 11-28.
- KOMPARA, D. R. (1980). Difficulties in the socialization process of step parenting. *Family Relations*, 29, 69-73.
- KOPP, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- KORNER, A. F. (1987). Preventive intervention with high-risk newborns: Theoretical, conceptual, and methodological perspectives. En J. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development*. Nueva York: Wiley.
- KORTE, D. y SCAER, R. (1990). *A good birth, a safe birth*. Nueva York: Bantam.
- KOSBERG, L. (1988). Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *The Gerontologist*, 28, 43-50.
- KOVAR, M. G. (ed.) (agosto de 1992). Morality among minority populations in the United States. *American Journal of Public Health*, 82(8), 1168-1170.
- KOZOL, J. (1970). *Death at an early age*. Nueva York: Bantam Books.
- KRAVITZ, S. L., PELAEZ, M. B. y ROTHMAN, M. B. (1990). Delivering services to elders: Responsiveness to populations in need. En S. A. Bass, E. A. Kutza y F. M. Torres-Gil (eds.), *Diversity in Aging*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- KREPPNER, K. y LERNER, N. (eds.). (1989). *Family systems and life-span development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- KREPPNER, K., PAULSEN, S. y SCHUETZ, Y. (1982). Infant and family development: From triads to tetrads. *Human Development*, 25(6), 373-391.
- KROPP, J. P. y HAYNES, O. M. (1987). Abusive and nonabusive mothers' ability to identify general and specific emotion signals of infants. *Child Development*, 58, 187-190.
- KRUCOFF, C. (marzo/abril de 1994). Use 'em or lose 'em. *Saturday Evening Post*, pp. 34-35.
- KÜBLER-ROSS, E. (1969). *On death and dying*. Nueva York: Macmillan.
- KÜBLER-ROSS, E. (1975). *Death: The final stage of growth*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- KUHL, P. K. y MELTZOFF, A. N. (1988). Speech as an inter model object of perception. En A. Yonas (Ed.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology: vol. 20: Perceptual development in infancy* (pp. 235-266). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- KUHL, P. K., WILLIAMS, K. A., LACERDA, F., STEVEN, K. H. y LINDBLOM, B. (1992). Linguistic experience alters phonetic perception in infants by 6 months of age. *Science*, 255, 606-608.
- KULIEV, A. M., MODELL, B. y JACKSON, L. (1992). Limb abnormalities and chorionic villus sampling. *The Lancet*, 340, 668.
- KURDEK, L. y SCHMITT, J. (1986). Early development of relationship quality in heterosexual married, heterosexual cohabiting, gay, and lesbian couples. *Developmental Psychology*, 48, 305-309.
- KUSHNER, H. S. (1981). *When bad things happen to good people*. Nueva York: Schocken Books.
- KUTZA, E. (1981). *The benefits of old age: Social welfare policy for the elderly*. Chicago: University of Chicago Press.
- L
- LABOUIVIE-VIEF, G. (1984). Capítulo en M. L. Commons, F. A. Richards y C. Armon (eds.), *Beyond formal operations: Late adolescence and adult cognitive development*. Nueva York: Praeger.
- LABOUIVIE-VIEF, G. (1985). Intelligence and cognition. En J. Birren y K. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed., pp. 500-530). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- LABOUIVIE-VIEF, G. (1987). Artículo en *Psychology and Aging*, 2.
- LABOUIVIE-VIEF, G. y SCHELL, D. A. (1982). Learning and memory in later life. En B. Wolman (ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- LABOV, W. (1970). The logic of nonstandard English. En F. Williams (ed.), *Language and poverty*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- LABOV, W. (1972). *Language in the inner city: Studies in the black English vernacular*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- LACHMAN, M. E. y JAMES, J. B. (eds.) (1997). *Multiple paths of midlife development*. Chicago: University of Chicago Press.
- LADD, G. W., KOCHENDERFER, B. J. y COLEMAN, C. C. (1996). Friendship quality as a predictor of young children's early school adjustment. *Child Development*, 67, 1103-1118.
- LADD, G. W., PRICE, J. M. y HART, C. H. (1988). Predicting preschoolers' peer status from their playground behaviors. *Child Development*, 59, 986-992.
- LAMAZE, F. (1958). *Painless childbirth: Psychoprophylactic method*. London: Burke.
- LAMAZE, F. (1970). *Painless childbirth: The Lamaze method*. Chicago: Regnery.
- LAMB, M. (1996). *The role of the father in child development*. Nueva York: Wiley.
- LAMB, M. E. (1979). Paternal influences and the father's role. *American Psychologist*, 34, 938-943.
- LAMB, M. E. (1987). *The father's role: Cross-cultural perspectives*. Nueva York: Wiley.

- LAMB, M. E. (1996). Effects of nonparental child care on child development: An update. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 330-342.
- LAMB, M. y LAMB, J. (1976). The nature and importance of the father-infant relationship. *Family Coordinator*, 4(25), 379-386.
- LAMB, M. E., KETTERLINUS, R. D. y FRACASSO, M. P. (1992). Parent-child relationships. En M. H. Bornstein y M.E. Lamb (eds.), *Developmental Psychology: An Advanced Textbook*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- LAMBORN, S. D., DORNBUSCH, S. M. y STEINBERG, L. (1996). Ethnicity and community context as moderators of the relations between family decision making and adolescent adjustment. *Child Development*, 67, 283-301.
- LANG, A. (1987). Nursing of families with an infant who requires home apnea monitoring. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 10, 122-133.
- LAPSLEY, D., RICE, K. y SHADID, G. (1989). Psychological separation and adjustment to college. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 286-294.
- LARSON, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, 109-125.
- LA RUE, A. y JARVIK, L. F. (1982). Old age and behavioral changes. En B. Wolman (ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- LA SALLE, A. D. y SPOKANE, A. R. (septiembre de 1987). Patterns of early labor force participation of American women. *Career Development Quarterly*, pp. 55-65.
- LATHAM, M. C. (1977). Infant feeding in national and international perspective: An examination of the decline in human lactation, and the modern crisis in infant and young child feeding practices. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 300, 197-209.
- LAUERSEN, N. H. (1983). *Childbirth with love*. Nueva York: Berkley Books.
- LAUMANN, E. (1994). *The social organization of sexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- LAUMANN, E. O., GAGNON, J. H., MICHAEL, R. T. y MICHAELS, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: The University of Chicago Press.
- LAVER, J. y LAVER, R. (1985). Marriages made to last. *Psychology Today*, 19(6), 22-26.
- LAWTON, M. P., BRODY, E. y SAPERSTEIN, A. (1989). A controlled study of respite service for care-givers of Alzheimer's patients. *The Gerontologist*, 29, 8-16.
- LAZARUS, R. S. (julio de 1981). Little hassles can be hazardous to health. *Psychology Today*, pp. 58-62.
- LEARMAN, L. A. ET AL. (1991). Pygmalion in the nursing home: The effects of care-giver expectations on patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 265, 36.
- LEBOYER, F. (1976). *Birth without violence*. Nueva York: Knopf.
- LEE, G. R. (1988). Marital satisfaction in later life: The effects of nonmarital roles. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 775-783.
- LEHANE, S. (1976). *Help your baby learn*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- LEHMAN, D. y NISBETT, R. (1990). A longitudinal study of the effects of undergraduate training on reasoning. *Developmental Psychology*, 26, 952-960.
- LEO, J. (9 de abril de 1984). The revolution is over. *Time*, pp. 74-83.
- LERNER, R. (1990). Plasticity, person-context relations and cognitive training in the aged years: A developmental contextual perspective. *Developmental Psychology*, 26, 911-915.
- LERNER, R. M., ORLOS, J. B. y KNAPP, J. R. (1976). Physical attractiveness, physical effectiveness and self-concept in late adolescence. *Adolescence*, 11, 313-326.
- LESTER, B. M., ALS, H. y BRAZELTON, T. B. (1982). Regional obstetric anesthesia and newborn behavior: A reanalysis toward synergistic effects. *Child Development*, 53, 687-692.
- LESTER, B. M. y BRAZELTON, T. B. (1982). Cross-cultural assessment of neonatal behavior. En D. Wagner y H. Stevenson (eds.), *Cultural perspectives on child development*. San Francisco: Freeman.
- LESTER, B. M. y DREHER, M. (1989). Effects of marijuana use during pregnancy on newborn cry. *Child Development*, 60, 765-771.
- LETTERI, C. A. (1985). Teaching students how to learn. *Theory into Practice*, pp. 112-122.
- LEVENTHAL, E.A., LEVENTAL, H., SHACHAM, S. y EASTERLING, D.V. (1989). Active coping reduces reports of pain from childbirth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 365-371.
- LEVINE, L. E. (1983). Mine: Self-definition in two-year-old boys. *Developmental Psychology*, 19, 544-549.
- LEVINE, R. A. (1989). Cultural influences in child development. En William Damon (ed.), *Child development today and tomorrow*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LEVINE, R. A. (1990). Enculturation: A biosocial perspective on the development of self. En D. Cicchetti y M. Beeghly (eds.), *The self in transition: Infancy to childhood* (pp. 99-117). Chicago: University of Chicago Press.
- LEVINSON, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41, 3-13.
- LEVINSON, D. (1990). *The seasons of a woman's life: Implications for women and men*. Presentado en la xcvi convención anual de la American Psychological Association, Boston.
- LEVINSON, D. J. (1978). *The seasons of a man's life*. Nueva York: Knopf.
- LEVINSON, D. J. (1996). *The seasons of a woman's life*. Nueva York: Ballantine.
- LEVINSON, H. (1983). A second career: The possible dream. *Harvard Business Review*, pp. 122-129.
- LEVY, B., WILKINSON, F. y MARINE, W. (1991). Reducing neonatal mortality rate with nurse-midwives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109(1), 50-58.
- LEVY, G. D. y CARTER, D. B. (1989). Gender schema, gender constancy and gender-role knowledge: The roles of cognitive factors in preschoolers' gender-role stereotype attributions. *Developmental Psychology*, 25(3), 444-449.
- LEVY, S. M. (1978). Temporal experience in the aged: Body integrity and social milieu. *International Journal of Aging and Human Development*, 9(4), 319-343.
- LEWIS, J. M., OWEN, M. T. y COX, M. J. (1988). The transition to parenthood: III, Incorporation of the child into the family. *Family Process*, 27, 411-421.
- LEWIS, M. (1987). Social development in infancy and early childhood. En J. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development*. Nueva York: Wiley.
- LEWIS, M. Self-conscious emotions. (1995). *American Scientist*, 83, 68-78.
- LEWIS, M. y BROOKS-GUNN, J. (1979). *Social cognition and the acquisition of self*. Nueva York: Plenum Press.
- LEWIS, M. y FEINMAN, S. (eds.) (1991). *Social influences and socialization in infancy*. Nueva York: Plenum.
- LEWIS, M. y FEIRING, C. (1989). Infant, mother, and mother-infant interaction behavior and subsequent attachment. *Child Development*, 60, 831-837.
- LEWIS, M., FEIRING, C. y KOTSONIS, M. (1984). The social network of the young child: A developmental perspective. En M. Lewis (Ed.), *Beyond the dyad: The genesis of behavior*. Nueva York: Plenum.
- LEWIS, M. y ROSENBLUM, L. (eds.) (1974). *The effect of the infant on its caregiver*. Nueva York: Wiley.
- LIEBENBERG, B. (1967). Expectant fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 358-359.
- LIEBERMAN, M. A. y TOBIN, S. S. (1983). *The experience of old age: Stress, coping and survival*. Nueva York: Basic Books.
- LIEBOVICI, D., RITCHIE, K. y LEDESERT, J. T. (1996). Does education level determine the course of cognitive decline? *Age and Ageing*, 25, 392-397.
- LIEM, R. (diciembre de 1981). Unemployment and mental health implications for human service policy. *Policy Studies Journal*, 10, 350-364.
- LIN, G. y ROGERSON, P. A. (1995). Elderly parents and the geographic availability of their adult children. *Research on Aging*, 17, 303-331.
- LIPSITT, L. P. y KAYE, H. (1964). Conditioned sucking in the human newborn. *Psychonomic Science*, 1, 29-30.
- LISINA, M. I. y NEVEROVICH, Y. Z. (1971). Development of movements and formation of motor habits. En A. Z. Zaporozhets y D. B. Elkonin (eds.), *The psychology of preschool children*. Cambridge, MA: MIT Press.
- LIVSON, F. (1976). Patterns of personality development in middle-aged women: A longitudinal study. *International Journal of Aging and Human Development*, 1, 107-115.
- LIVSON, N. y PESKIN, H. (1980). Perspectives on adolescence from longitudinal research. En J. Adelson (ed.), *Handbook of adolescent psychology*. Nueva York: Wiley.
- LLOYD, B. (1987). Social representations of gender. En J. Bruner y H. Haste (eds.), *Making sense: The child's construction of the world*. Londres: Methuen.
- LOCICERO, A. K. (1993). Explaining excessive rates of Cesareans and other childbirth interventions: Contributions from contem-

- porary theories of gender and psychosocial development. *Social Science and Medicine*, 37, 1261-1269.
- LOCK, M. (1993). *Encounters with aging*. Berkeley, CA: University of California Press.
- LOCKMAN, J. J., AND THELAN, E. (1993). Developmental biodynamics: Brain, body, behavior connections. *Child Development*, 64, 953-959.
- LOEVINGER, J. (1976). *Ego development: Conceptions and theories*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LOMBARDI, J. (septiembre de 1990). Head Start: The nation's pride, a nation's challenge. *Young Children*, pp. 22-29.
- LONDERVILLE, S. Y MAIN, M. (1981). Security of attachment, compliance, and maternal training methods in the second year of life. *Developmental Psychology*, 17, 289-299.
- LONG, H. B. Y ROSSING, B. E. (junio de 1978). Tuition waivers for older Americans. *Lifelong Learning: The Adult Years*, pp. 10-13.
- LONGINO, C. F. (1987). *The oldest Americans: State profiles for data-based planning*. Coral Gables, FL: University of Miami Department of Sociology.
- LOPATA, H., HEINEMANN, G. G. Y BAUM, J. (1982). Loneliness: Antecedents and coping strategies in the lives of widows. En L. A. Peplau y D. Perlman (eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 310-326). Nueva York: Wiley.
- LOPATA, H. Z. (1975). Widowhood: Societal factors in life-span disruptions and alterations. En N. Datan y L. H. Ginsberg (eds.), *Life-span developmental psychology: Normative life crisis*. Nueva York: Academic Press.
- LOPATA, H. Z. (1979). *Women as widows: Support systems*. Nueva York: Elsevier.
- LOPATA, H. Z. Y BARNEWOLT, D. (1984). The middle years: Changes and variations in social role commitments. En G. Baruch y J. Brooks-Gunn (eds.), *Women in midlife* (pp. 83-108). Nueva York: Plenum.
- LORD, L. J., SCHERSCHEL, P. M., THORNTON, J., MOORE, L. J. Y QUICK, B. E. (5 de octubre de 1987). Desperately seeking baby. *U.S. News & World Report*, pp. 58-64.
- LORD, M. (12 de junio de 1995). Feathering a shared nest. *U.S. News & World Report*, pp. 86-88.
- LORENZ, K. Z. (1952). *King Solomon's ring*. Nueva York: Crowell.
- LOURIE, I. S., CAMPIGLIA, P., JAMES, L. R. Y DEWITT, J. (1979). Adolescent abuse and neglect: The role of runaway youth programs. *Children Today*, 8, 27-40.
- LOVAAS, I. (1977). *The autistic child: Language development through behavior modification*. Nueva York: Halsted Press.
- LOVAAS, O. I. (1962). Effect of exposure to symbolic aggression on aggressive behavior. *Child Development*, 32, 37-44.
- LOWENTHAL, M. F., THURNHER, M., CHIRIBOGA, D. Y ASSOCIATES. (1977). *Four stages of life*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LOZOFF, B. (1989). Nutrition and behavior. *American Psychologist*, 44(2), 231-236.
- LUBIC, R. W. Y ERNST, E. K. (1978). The childbearing center: An alternative to conventional care. *Nursing Outlook*, 26, 754-760.
- LUCARIELLO, J. Y NELSON, K. (1987). Remembering and planning talk between mothers and children. *Discourse Processes*, 10, 219-235.
- LUCKEY, I. (1994). African American elders: The support network of generational kin. *Families in Society: Journal of Contemporary Human Services*, 75(2), 33-36.
- ## ■ M
- MACCOBY, E. E. (15 de marzo de 1979). *Parent-child interaction*. Documento presentado en la reunión bienal de la Society for Research in Child Development.
- MACCOBY, E. E. (1980). *Social development: Psychological growth and the parent-child relationship*. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich.
- MACCOBY, E. E. (1984). Socialization and developmental change. *Child Development*, 55, 317-328.
- MACCOBY, E. E. (1990). Gender and relationships: A developmental account. *American Psychologist*, 45, 513-520.
- MACCOBY, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, 28(6), 1006-1017.
- MACCOBY, E. E. Y FELDMAN, S. S. (1972). Mother-attachment and stranger-reactions in the third year of life. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 37(1, serie núm. 146).
- MACCOBY, E. E. Y JACKLIN, C. N. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford: Stanford University Press.
- MACCOBY, E. E. Y JACKLIN, C. N. (1980). Sex differences in aggression: A rejoinder and reprise. *Child Development*, 51, 964-980.
- MACCOBY, E. E. Y MARTIN, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology: vol. 4: Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- MACDERMID, S. M., HEILBRUN, G. Y GILLESPIE, L. G. (1997). The generativity of employed mothers in multiple roles: 1979 and 1991. En M. E. Lachman y J. B. James (eds.), *Multiple paths of midlife development*. Chicago: University of Chicago Press.
- MACFARLANE, A. (febrero de 1978). What a baby knows. *Human Nature*, 1, 81-86.
- MACGREGOR, S. N., KEITH, L. G., CHASNOFF, I. J., ROSNER, M. A., CHISUM, G. M., SHAW, P. Y MINOGUE, J. P. (1987). Cocaine use during pregnancy: Adverse perinatal outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1(57), 66-90.
- MACK, J. Y HICKLER, H. (1981). *Vivienne: The life and suicide of an adolescent girl*. Boston: Little, Brown.
- MACKENZIE, C. (1978). Gray panthers on the prowl. En R. Gross, B. Gross y S. Seidman (eds.), *The new old: Struggling for decent aging*. Garden City, NY: Anchor Press/Doubleday.
- MACEY, M. C. (1995). Women's evaluation of their childbirth performance. *Maternal-Child Nursing Journal*, 23, 57-72.
- MADDEN, J. D., PAYNE, T. F. Y MILLER, S. (1986). Maternal cocaine abuse and effect on the newborn. *Pediatrics*, 77, 209-211.
- MADDUX, J. E., ROBERTS, M. C., SLEDDEN, E. A. Y WRIGHT, L. (1986). Developmental issues in child health psychology. *American Psychologist*, 41(1), 25-34.
- MADSEN, M. C. (1971). Developmental and cross-cultural differences in the cooperative and competitive behavior of young children. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2, 365-371.
- MADSEN, M. C. Y SHAPIRA, A. (1970). Cooperative and competitive behavior of urban Afro-American, Anglo-American, Mexican-American, and Mexican village children. *Developmental Psychology*, 3, 16-20.
- MAEHR, M. L. Y BRESKAMP, L. A. (1986). *The motivation factor: A theory of personal investment*. Lexington, MA: D. C. Heath.
- MAHLER, M., PINE, F. Y BERGMAN, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Nueva York: Basic Books.
- MAKIN, J. W. Y PORTER, R. H. (1989). Attractiveness of lactating females' breast odors to neonates. *Child Development*, 60, 803-810.
- MALINA, R. Y BOUCHARD, C. (1990). *Growth, maturation, and physical activity*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- MANDELL, F., MCCLAIN, M. Y REECE, R. (1987). Sudden and unexpected death. *American Journal of Diseases of Children*, 141, 748-750.
- MANDLER, J. M. (1983). *Representation*. En J. H. Flavell y E. M. Markham (eds.), *Handbook of child psychology: Cognitive development* (vol. 3). Nueva York: Wiley.
- MANDLER, J. M. (1988). How to build a baby: On the development of an accurate representational system. *Cognitive Development*, 3, 113-136.
- MANDLER, J. M. (mayo-junio de 1990). A new perspective on cognitive development in infancy. *American Scientist*, 78, 236-243.
- MANDLER, J. M. (1992). Comentarios. *Human Development*, 35, 246-253.
- MANNING, B. H. Y WHITE, C. S. (1990). Task-relevant private speech as a function of age and sociability. *Psychology in the Schools*, 27, 365-372.
- MANTON, K., BLAZER, D. Y WOODBURY, M. (1987). Suicide in middle age and later life: Sex and race specific life table and chart analyses. *Journal of Gerontology*, 42, 219-227.
- MARATSOS, M. (1983). Some current issues in the study of the acquisition of grammar. En J. H. Flavell y E. M. Markham (eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3 Cognitive Development*. Nueva York: Wiley.
- MARCIA, J. (1980). Identity in adolescence. En J. Adelson (ed.), *Handbook of adolescent psychology*. Nueva York: Wiley.
- MARCOEN, A., GOOSSENS, L. Y CAES, P. (1987). Loneliness in prethrough adolescence: Exploring the contributions of a multidimensional approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 16.
- MARCUS, G. F., PINKER, S., ULLMAN, M., HOLLANDER, M., ROSEN, T. J. Y KU FEI, T. J. (1992). Over regularization in language ac-

- quisition. *Monographs of Society for Research in Child Development*, 57(4), serie núm. 228, 1-164.
- MARET, E. y FINLAY, B. (1984). The distribution of household labor among women in dual-earner families. *Journal of Marriage and the Family*, 357-364.
- MARIESKIND, H. I. (1989). Caesarean section in the United States: Has it changed since 1979? In *An evaluation of Caesarean sections in the United States*. U.S. Department of Health, Education y Welfare.
- MARKS, N. F. (1996). Caregiving across the lifespan: National prevalence and predictors. *Family Relations*, 45, 27-36.
- MARSH, H. W., CRAVEN, R. G. y DEBUS, R. (1991). Self-concepts of young children 5 to 8 years of age: Measurement and multidimensional structure. *Journal of Educational Psychology*, 83(3), 377-392.
- MARTIN, C. L. (1989). Children's use of gender-related information in making social judgments. *Developmental Psychology*, 25(1), 80-88.
- MARTIN, C. L. (1990). Attitudes and expectations about children with nontraditional and traditional gender roles. *Sex Roles*, 22(3/4), 151.
- MARTIN, C. L. y HALVERSON, C. F. (1981). A schematic processing model of sex-typing and stereotyping in children. *Child Development*, 52, 1119-1134.
- MARTINEZ, R. O. y DUKES, R. L. (1997). The effects of ethnic identity, ethnicity, and gender on adolescent well-being. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 503-511.
- MARZOFF, D. P. y DELOACHE, J. S. (1994). Transfer in young children's understanding of spatial representations. *Child Development*, 65, 1-15.
- MASLACH, C. y JACKSON, S. E. (mayo de 1979). Burned-out cops and their families. *Psychology Today*, pp. 59-62.
- MASLOW, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Nueva York: Harper & Brothers.
- MASLOW, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2.a ed.). Princeton, NJ: Van Nostrand Reinhold.
- MASLOW, A. H. (1979). *The journals of A. H. Maslow*. En R. J. Lowry y B. G. Maslow (eds.). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- MASON, R. P. (1993). Aluminum in Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, 270(15), 1868.
- MASTERS, W. H., JOHNSON, P. E. y KOLODNEY, R. C. (1982). *Human sexuality* (2a. ed.). Boston: Little, Brown.
- MATAS, L., AREND, R. A. y SROUFE, L. A. (1978). Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*, 49, 547-556.
- MATES, D. y ALLISON, K. R. (1992). Sources of stress and coping responses of high school students. *Adolescence*, 27(106), 463-474.
- MATTHEWS, K. y RODIN, J. (1989). Women's changing work roles: Impact on health, family and public policy. *American Psychologist*, 44, 1389-1393.
- MATTHEWS, S. H. y ROSNER, T. T. (febrero 1988). Shared filial responsibility: The family as the primary care-giver. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 185-195.
- MATTHEWS, S., WERKNER, J. y DELANEY, P. (1989). Relative contributions of help by employed and nonemployed sisters to their elderly parents. *Journal of Gerontology*, 44, S36-44.
- MAURER, D. y MAURER, C. (1988). *The world of the newborn*. Nueva York: Basic Books.
- MAURO, J. (1991). *The friend that only I can see: A longitudinal investigation of children's imaginary companions*. Unpublished doctoral dissertation. University of Oregon.
- MAY, R. (1986). *Politics and innocence: A humanistic debate*. Dallas, TX: Saybrook y Nueva York: Norton.
- MCADOO, H. P. (1995). Stress levels, family help patterns, and religiosity in middle- and working-class African American single mothers. *Journal of Black Psychology*, 21, 424-449.
- MCBEAN, L. D., FORGAC, T. y FINN, S. C. (junio de 1994). Osteoporosis: Visions for care and prevention—A conference report. *Journal of the American Dietetic Association*, 94(6), 668-671.
- MCBRIDE, A. (1990). Mental health effects of women's multiple roles. *American Psychologist*, 45, 381-384.
- MCBRIDE, S. L. (otoño de 1990). Maternal moderators of child care: The role of maternal separation anxiety. *New Directions for Child Development*, 49, 53-70.
- MCCALL, R. B., EICHORN, D. H. y HOGARTY, P. S. (1977). Transitions in early mental development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 42(3, serie núm. 171), 1-75.
- MCCARTNEY, K., HARRIS, M. J. y BERNIERI, F. (1990). Growing up and growing apart: A developmental meta-analysis of twin studies. *Psychological Bulletin*, 107, 226-237.
- MCCARY, J. L. (1978). *Human sexuality* (3a. ed.). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- MCCLELLAND, D. C. (1955). Some social consequences of achievement motivation. En M. R. Jones (ed.), *Nebraska symposium on motivation* (vol. 3). Lincoln: University of Nebraska Press.
- MCCORD, W., MCCORD, J. y ZOLA, I. K. (1959). *Origins of crime*. Nueva York: Columbia University Press.
- MCCRAE, R. (1989). Age differences and changes in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology*, 44, P161-169.
- MCCRAE, R. R. y COSTA, P. T. (1984). *Emerging lives, enduring dispositions: Personality in adulthood*. Boston: Little, Brown.
- MCCREADIE, C. y TINKER, A. (1993). Review: Abuse of elderly people in the domestic setting: A UK perspective. *Age and Ageing*, 22, 65-69.
- MCCUNE-NICOLICH, L. (1981). Toward symbolic functioning: Structure of early pretend games and potential parallels with language. *Child Development*, 52, 785-797.
- MCGOLDRICK, M. (1980). The joining of families through marriage: The new couple. En E. A. Carter y M. McGoldrick (eds.), *The family life cycle*. Nueva York: Gardner Press.
- MCGRAW, M. (1935). *Growth: A study of Johnny and Timmy*. Nueva York: Appleton-Century.
- McKNEW, D. H., CYTRYN, L. y YAHRAES, H. (1983). *Why isn't Johnny crying? Coping with depression in children*. Nueva York: Norton.
- McKUSICK, V. A. (1994). *Mendelian inheritance in man: A catalog of human genes and genetic disorders* (11a. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- McKUSICK, Y. (1986). *Mendelian inheritance in man* (7a. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- McLANAHAN, S. y BOOTH, K. (1989). Mother-only families: Problems, prospects, and politics. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 557-580.
- McLOUGHLIN, M., SHRYER, T. L., GOODE, E. y McAULIFFE, K. (8 de agosto de 1988). Men vs. women. *U.S. News World & Report*.
- McLOYD, V. C. (1998). Economic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53, 185-204.
- McLOYD, V. C. y WILSON, L. (1990). Maternal behavior, social support, and economic conditions as predictors of distress in children. *New Directions for Child Development*, 46, 49-69.
- McLOYD, V. C. ET AL. (1994). Unemployment and work interruption among African American single mothers: Effects on parenting and adolescent socioemotional functioning. *Child Development*, 65, 562-589.
- McNEILL, D. (1972). *The acquisition of language: The study of developmental psycholinguistics*. Nueva York: Harper & Row.
- MEAD, G. H. (1934). *Mind, self, and society: From the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- MEAD, M. (enero de 1972). A new understanding of childhood. *Redbook*, p. 49ff.
- MEAD, M. y NEWTON, N. (1967). Cultural patterning of perinatal behavior. En S. A. Richardson y A. F. Guttermacher (eds.), *Childbearing: Its social and psychological aspects*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- MEADOW, K. P. (1975). The development of deaf children. En E. M. Hetherington (ed.), *Review of child development research* (vol. 5). Chicago: University of Chicago Press.
- MEEHAN, P. J., LAMB, J. A., SALTZMAN, L. E. y O'CARROLL, P. W. (1992). Attempted suicide among young adults: Progress toward a meaningful estimate of prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 41-44.
- MEISAMI, E. (1994). Aging of the sensory systems. En Timiras, P. S. (ed.) *Physiological basis of aging and geriatrics* (2nd ed.). Ann Arbor, IN: CRC Press.
- MELTZOFF, A. N. (1988a). Infant imitation and memory: Nine month olds in immediate and deferred tests. *Child Development*, 59, 217-225.
- MELTZOFF, A. N. (1988b). Infant imitation after a 1-week delay: Long-term memory for novel acts and multiple stimuli. *Developmental Psychology*, 24(4), 470-476.
- MELTZOFF, A. N. y BORTON, R. W. (1979). Inter-model matching by human neonates. *Nature*, 282, 403-404.
- MELTZOFF, A. N. y MOORE, M. K. (1989). Imitation in newborn infants: Exploring

- the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. National Institute of Child Health and Human Development (HD-22514).
- MELTZOFF, A. N. y MOORE, M. K. (1989). Imitation in newborn infants: Exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. *Developmental Psychology*, 25(6), 954-962.
- MERRIMAN, W. E. (1987). *Lexical contrast in toddlers: A re-analysis of the diary evidence*. Documento presentado en la reunión biennial de la Society of Research in Child Development, Baltimore.
- MERVIS, C. B. (1987). Child-basic object categories and early lexical development. En U. Neisser (ed.), *Concepts and conceptual development: Ecological and intellectual factors in categorization*. Londres: Cambridge University Press.
- MESTEL, R. (1997). A safer estrogen: Would you take it? *Health*, 11, núm. 8, 73-75.
- METCOFF, J., COSTILOE, J. P., CROSBY, W., BENTLE, L., SESHACHALAM, D., SANDSTEAD, H. H., BODWELL, C. E., WEAVER, F. y McCLAIN, P. (1981). Maternal nutrition and fetal outcome. *American Journal of Clinical Nutrition*, 34, 708-721.
- MEYER, B. J. F. (1987). Reading comprehension and aging. En K. W. Schaie (ed.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (vol. 7). Nueva York: Springer-Verlag.
- MEYER, P. H. (1980). Between families: The unattached young adult. En E. A. Carter y M. McGoldrick (eds.), *The family life cycle*. Nueva York: Gardner Press.
- MICHAEL, R. T., GAGNON, J. H., LAUMANN, E. O. y KOLATA, G. (1994). *Sex in America: A definitive survey*. Boston: Little, Brown.
- MILES, M. S. (1984). Helping adults mourn the death of a child. En H. Wass y C. A. Corr (eds.), *Childhood and death*. Washington, DC: Hemisphere.
- MILGRAM, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 371-378.
- MILLER, B. (1990). Gender differences in spouse caregiver strain: Socialization and role explanations. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 311-321.
- MILLER, B. C., MCCOY, J. K., OLSON, T. D. y WALLACE, C. M. (1986). Parental discipline and control attempts in relation to adolescent sexual attitudes and behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 503-512.
- MILLER, B. C. y SNEESBY, K. R. (1988). Educational correlates of adolescents' sexual attitudes and behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 17, 521-530.
- MILLER, B. C., NORTON, M. C., FAN, X. y CHRISTOPHERSON, C. R. (1998). Pubertal development, parental communication, and sexual values in relation to adolescent sexual behavior. *Journal of Early Adolescence*, 18, 27-52.
- MILLER, B. D. (Spring 1995). Percepts and practices: Researching identity formation among Indian Hindu adolescents in the United States. *New Directions for Child Development*, 67, 71-85.
- MILLER, J., SCHOOLER, C., KOHN, M. L. y MILLER, R. (1979). Women and work: The psychological effects of occupational conditions. *American Journal of Sociology*, 85, 66-94.
- MILLER, M. (1982). *Gray power: A survival manual for senior citizens*. Paraíso, CA: Dust Books.
- MILLER, P. (1989). *Theories of developmental psychology* (2a. ed.). Nueva York: Freeman.
- MILLER, P. H. y ALOISE, P. A. (1989). Young children's understanding of the psychological causes of behavior: A review. *Child Development*, 60, 257-285.
- MILLER, P. J., MINTZ, J., HOOGSTRA, L., FUNG, H. J. y POTTS, R. (1992). The narrated self: Young children's construction of self in relation to others in conversational stories of personal experience. *Merrill-Palmer Quarterly*, 38(1), 45-67.
- MILLER, P., WILEY, A. R., FUNG, H. y LIANG, C.-H. (1997). Personal storytelling as a medium of socialization in Chinese and American families. *Child Development*, 68, 557-568.
- MILLER, S. K. (1993). Alzheimer's gene "the most important ever found". *New Scientist*, 139(1887), 17.
- MILLSTEIN, S. G. (invierno de 1990). Risk factors for AIDS among adolescents. En W. Gardner, S. G. Millstein y Brian L. Wilcox (eds.), *New Directions for Child Development: vol. 50. Adolescents in the AIDS epidemic*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MILLSTEIN, S. G. (invierno de 1990). Risk factors for AIDS among adolescents. En W. Gardner, S. G. Millstein y B. L. Wilcox (eds.), *New Directions for Child Development*, 50, 3-4.
- MILNE, A. A. (1926/1961). *Winnie-the-Pooh*. Nueva York: Dutton.
- MIRINGOFF, N. (febrero de 1987). A timely and controversial article. *Zero to Three*, p. 26.
- MOCK, N. B., BERTRAND, J. T. y MANGANI, N. (1986). Correlates and implications of breastfeeding practices in Bas Zaire. *Journal of Biosocial Science*, 18, 231-245.
- MOEN, P. (1998). Recasting careers: Changing reference groups, risks, and realities. *Generations*, primavera, 40-45.
- MOERK, E. L. (1989). The LAD was a lady and the tasks were ill-defined. *Developmental Review*, 9, 21-57.
- MONEY, J. (1980). *Love and love sickness: The science of sex, gender differences and pair-bonding*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- MONMANEY, T. (16 de mayo de 1988). Preventing early births. *Newsweek*.
- MONTAGU, M. F. (1950). Constitutional and prenatal factors in infant and child health. En M. J. Senn (ed.), *Symposium on the healthy personality*. Nueva York: Josiah Macy Jr. Foundation.
- MONTE, C. F. (1987). *Beneath the mask: An introduction to theories of personality* (3a. ed.). Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- MONTEMAYOR, R. (1983). Parents and adolescents in conflict: All families some of the time and some families all of the time. *Journal of Early Adolescence*, 3, 83-103.
- MONTEMAYOR, R. y BROWNLEE, J. R. (1987). Fathers, mothers and adolescents: Gender-based differences in parental roles during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 281-292.
- MOORE, G. (junio de 1984). The superbaby myth. *Psychology Today*, pp. 6-7.
- MOORE, K. A. (1988). *The developing human: Clinically oriented embryology* (4a. ed.). Filadelfia: Saunders.
- MOORE, M. K., BORTON, R. y DARBY, B. L. (1978). Visual tracking in young infants: Evidence for object permanence? *Journal of Experimental Child Psychology*, 25, 183-198.
- MOORE, W. E. (1969). Occupational socialization. En D. A. Goslin (ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- MOR, V., SHERWOOD, S. y GUTKIN, C. (1986). A national study of residential care for the aged. *The Gerontologist*, 26, 405-416.
- MORGAN, D. (1989). Adjusting to widowhood: Do social networks really make it easier? *The Gerontologist*, 29, 101-107.
- MORGAN, L. (1984). Changes in family interaction following widowhood. *Journal of Marriage and the Family*, 46(2), 323-331.
- MORRISON, D. M. (1985). Adolescent contraceptive behavior: A review. *Psychological Bulletin*, 98, 538-568.
- MOSES, B. (marzo de 1983). The 59-cent dollar. *Vocational Guidance Quarterly*.
- MOSHER, W. D. y PRATT, W. F. (1990). Fecundity and infertility in the United States, 1965-88. *Advanced Data from Vital and Health Statistics*, 192. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- MOTENKO, A. (1989). The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. *The Gerontologist*, 29, 166-172.
- MUELLER, E. y LUCAS, T. (1975). A developmental analysis of peer interaction among toddlers. En M. Lewis y L. A. Rosenblum (eds.), *Peer relations and friendship*. Nueva York: Wiley.
- MUELLER, E. y SILVERMAN, N. (1989). Peer relations in maltreated children. En Dante Cicchetti y Vicki Carlson (eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- MUIR, D. y FIELD, J. (1979). Newborn infants orient to sounds. *Child Development*, 50, 431-436.
- MURPHY, J. y FLORIO, C. (1978). Older Americans: Facts and potential. En R. Gross, B. Gross y S. Seidman (eds.), *The new old: Struggling for decent aging*. Garden City, NY: Anchor Press/Doubleday.
- MURPHY, L. B. (1962). *The widening world of childhood: Paths toward mastery*. Nueva York: Basic Books.
- MURPHY, P. A. (1993). Preterm birth prevention programs: A critique of current literature. *Journal of Nurse-Midwifery*, 38(6), 324-335.
- MURRAY, A., DOLBY, R., NATION, R. y THOMAS, D. (1981). Effects of epidural anaesthesia on newborns and their mothers. *Child Development*, 52, 71-82.
- MURSTEIN, B. I. (1980). Mate selection in the 1970s. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 777-789.

- MURSTEIN, B. I. (1982). Marital choice. En B. Wolman (ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- MURSTEIN, B. I., CHALPIN, M. J., HEARD, K. V. Y VYSE, S. A. (1989). Sexual behavior, drugs, and relationship patterns on a college campus over thirteen years. *Adolescence*, 24, 125-139.
- MUSICK, J. S. (otoño de 1994). Directions: Capturing the childbearing context. *SRCD Newsletter*, pp. 1, 6-7.
- MUSSEN, P. H., CONGER J. J. Y KAGAN, J. (1974). *Child development and personality*. Nueva York: Harper & Row.
- MUTRYN, C. S. (1993). Psychosocial impact of Cesarean section on the family: A literature review. *Social Science and Medicine*, 37, 1271-1281.
- MUUS, R. E. (verano de 1986). Adolescent eating disorder: Bulimia. *Adolescence*, pp. 257-267.
- MYERS, N. A., CLIFTON, R. K. Y CLARKSON, M. G. (1987). When they were very young: Almost-threes remember two years ago. *Infant Behavior and Development*, 10, 123-132.
- MYERS, N. A. Y PERLMUTTER, M. (1978). Memory in the years from two to five. En P. Ornstein (ed.), *Memory development in children*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- MYERS, R. E. Y MYERS, S. E. (1978). Use of sedative, analgesic, and anesthetic drugs during labor and delivery: Bane or boon? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 133, 83.
- N
- NAEYE, R. L. (1979). Weight gain and the outcome of pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135, 3.
- NAEYE, R. L. (1980). Abruptio placentae and placenta previa: Frequency, perinatal mortality, and cigarette smoking. *Obstetrics and Gynecology*, 55, 701-704.
- NAEYE, R. L. (1981). Influence of maternal cigarette smoking during pregnancy on fetal and childhood growth. *Obstetrics and Gynecology*, 57, 18-21.
- NAGEL, K. L. Y JONES, K. H. (1992). Sociological factors in the development of eating disorders. *Adolescence*, 27, 107-113.
- NAROLL, H. G. (1996). Computers, thinking, and education. En M. G. Luther y E. Cole (eds.), *Dynamic assessment for instruction: From theory to application*. North York, ON, Canadá: Captus Press.
- NATIONAL ASSOCIATION FOR THE EDUCATION OF YOUNG CHILDREN. (1986). *NAEYC position statement on developmentally appropriate practice in early childhood programs: Birth through age eight*. Washington, DC: NAEYC.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. (1984). Trends in teenage childbearing, United States 1970-81. *Vital and Health Statistics* (serie 21, núm. 41). U.S. Department of Health and Human Services.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (3 de junio de 1987). Advance report of final marriage statistics, 1984. *Monthly Vital Statistics Report*, 36(2).
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (29 de junio de 1989). *Monthly Vital Statistics Report*, 38(3). Washington, DC: National Center for Health Statistics.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (1990). *Health, United States, 1989*. Hyattsville, MD: Public Health Service.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (agosto de 1990). Advance report of final natality statistics, 1988. *Monthly Vital Statistics Report*, 38(suplemento 4). Hyattsville, MD: Public Health Service.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (28 de noviembre de 1990). Advance report of final mortality statistics, 1988. *Monthly Vital Statistics Report*, 39(7). Hyattsville, MD: Public Health Service.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (1991a). Births, marriages, divorces, and deaths for January 1991. *Monthly Vital Statistics Report*, 40 (1). Hyattsville, MD: Public Health Service.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (1991b). Advance report of final divorce statistics, 1988. *Monthly Vital Statistics Report*, 39 (12, suplemento 2). Hyattsville, MD: Public Health Service.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (1993a). *Health, United States, 1992*. Washington, D.C.: United States Government Printing 41(9).
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (1993b). Advance Report of Final Natality Statistics, 1990. *Monthly Vital Statistics Report*, 41(9).
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (1995). *Monthly vital statistics report* (22 de marzo de 1995), 43, 6(S), 5.
- NATIONAL DAIRY COUNCIL (1977). Nutrition of the elderly. *Dairy Council Digest*, 48, 1.
- NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT (1997). The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Results of the NICHD study of early child care. *Child Development*, 68, 860-879.
- NATIONAL CENTER ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE AT COLUMBIA UNIVERSITY (1996). Substance abuse and the American Woman: Using the law. Nueva York.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (1984). *Student drug use in America: 1975-1983*. Washington, DC: Government Printing Office.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (1987). *National trends in drug use and related factors among American high school students and young adults, 1975-1986*. U.S. Department of Health & Human Services.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (1989). *National trends in drug use and related factors among American high school students and young adults, 1975-1988*. U.S. Department of Health & Human Services.
- NEIMARK, E. D., (1975). Intellectual development during adolescence. En F. D. Horowitz (ed.), *Review of child development* (vol. 4). Chicago: University of Chicago Press.
- NELSON, C. A. Y BLOOM, F. E. (1997). Child development and neuroscience. *Child Development*, 68, 970-987.
- NELSON, K. (1974). Concept, word and sentence: Interrelations in acquisition and development. *Psychological Review*, 81, 267-285.
- NELSON, K. (1981). Individual differences in language development: Implications for development and language. *Developmental Psychology*, 17, 170-187.
- NELSON, K. (1986). *Event knowledge: Structure and function in development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- NELSON, K. (septiembre de 1987). What's in a name? Reply to Seidenberg and Petitto. *Journal of Experimental Psychology*, 116(3), 293-296.
- NELSON, K., FIBUSH, R., HUDSON, J. Y LUCA-RIELLO, J. (1983). *Scripts and the development of memory*. En M. T. C. Chi (ed.), *Trends in memory development research*. Basil, Suiza: Carger.
- NELSON, K. Y GRUENDEL, J. M. (1986). Generalized event representations: Basic building blocks of cognitive development. En A. Brown y M. Lamb (eds.), *Advances in developmental psychology* (vol. 1). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- NEMETH, R. J. Y BOWLING, J. M. (1985). Son preference and its effects on Korean lactation practices. *Journal of Biosocial Science*, 17, 451-459.
- NEUGARTEN, B. (1968/1967). The awareness of middle age. En B. Neugarten (ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- NEUGARTEN, B. L. (1968a). Adult personality: Toward a psychology of the life cycle. En B. L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- NEUGARTEN, B. L. (1968b). The awareness of middle age. En B. L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- NEUGARTEN, B. L. (1969). Continuities and discontinuities of psychological issues into adult life. *Human Development*, 12, 121-130.
- NEUGARTEN, B. L. (1970). The old and the young in modern societies. *American Behavioral Scientist*, 14, 18-24.
- NEUGARTEN, B. L. (diciembre de 1971). Grow old along with me! The best is yet to be. *Psychology Today*, pp. 45-48ff.
- NEUGARTEN, B. L. (1976). *The psychology of aging: An overview*. Washington, DC: American Psychological Association.
- NEUGARTEN, B. L. (1977). Personality and aging. En I. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- NEUGARTEN, B. L. (1978). The wise of the young-old. En R. Gross, B. Gross y S. Seidman (eds.), *The new old: Struggling for decent aging*. Garden City, NY: Anchor Books/Doubleday.
- NEUGARTEN, B. L. (1979). Time, age and the life cycle. *American Journal of Psychiatry*, 136, 887-894.
- NEUGARTEN, B. L. (febrero de 1980). Must everything be a midlife crisis? *Prime Time*, pp. 263-264.
- NEUGARTEN, B. L. Y MOORE, J. W. (1968). The changing age status system. En B. L.

- Neugarten (ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- NEUGARTEN, B. L. Y NEUGARTEN D. A. (1987). The changing meanings of age. *Psychology Today*, 21(5), 29-33.
- NEUGARTEN, B. L., WOOD, V., KRAINES, R. Y LOOMIS, B. (1968). Women's attitudes toward the menopause. En B. L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- NEVILLE, B. Y PARKE, R. D. (1997). Waiting for paternity: Interpersonal and contextual implications of the time of fatherhood. *Sex Roles*, 37, 45-59.
- NEWCOMB, A. F., BUKOWSKI, W. M. Y PATTEE, L. (1992). The influence of teacher feedback on young children's peer preferences and perceptions. *Developmental Psychology*, 28(5), 933-940.
- NEWCOMB, M. D. Y BENTLER, P. M. (1989). Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychologist*, 44, 242-248.
- NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (1997). Postmenopausal hormone-replacement the ory time for a reappraisal? (editorial). *Volumen 336*, 1821-1822.
- NEWMAN, B. M. (1982). Mid-life development. En B. Wolman (ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- NEWMAN, L. F. Y BUKA, S. L. (1991). Clipped wings: The fullest look yet at how prenatal exposure to drugs, alcohol, and nicotine hobbles children's learning. *American Educator*, 42, 27-33.
- NEWMAN, L. S. (1990). Intentional and unintentional memory in young children: Remembering vs. playing. *Journal of Experimental Child Psychology*, 50, 243-258.
- NEWMAN, L. Y BUKA, S. (primavera de 1991). Clipped wings. *American Educator*, pp. 27-33, 42.
- NEW, R. (1988). Parental goals and Italian infant care. En R. B. LeVine, P. Miller y M. West (eds.), *New Directions for Child Development: vol. 40: Parental behavior in diverse societies* (pp. 51-63). San Francisco: Jossey-Bass.
- NEW, R. (1990). Excellent early education: A city in Italy has it. *Young Children*, 45(6), 11-12.
- NEWSWEEK (11 de febrero de 1980). The children of divorce, pp. 58-63.
- NEWSWEEK (15 de noviembre de 1976). New science of birth, pp. 62-64.
- NEW YORK TIMES (1 de agosto de 1989). Casual drug use is sharply down. P. A14.
- NEW YORK TIMES (4 de marzo de 1991). Schools are not families. Editorial, p. A16.
- NEY, P. G. (1988). Transgenerational child abuse. *Child Psychiatry and Human Development*, 18, 151-168.
- NICHOLS, B. (1990). *Moving and Learning: The elementary school physical education experience*. San Luis, MO: Times Mirror/Mosby College Publishing.
- NICHOLS, P. L. Y CHEN, T. C. (1981). *Minimal brain dysfunction: A prospective study*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- NICOLOPOULOU, A. (1993). Play, cognitive development, and the social world: Piage, Vygotsky, and Beyond. *Human Development*, 36, 1-23.
- NILSSON, L. (1990). *A child is born*. Nueva York: Delacorte.
- NILSSON, L. Y HAMBERGER, L. (1990). *A child is born* (edición revisada). Nueva York: Dell.
- NOCK, S. (1982). The life-cycle approach to family analysis. En B. Wolman (ed.), *Handbook of developmental psychology* (pp. 636-651). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- NORTON, R. D. (1994). Adolescent suicide: Risk factors and countermeasures. *Journal of Health Education*, November/December, 358-361.
- NOZYCE, M., HITTELMAN, J., MUENZ, L., DURAKO, S. J., FISCHER, M. Y WILLOUGHBY, A. (1994). Effect of perinatally acquired human immunodeficiency virus infection on neurodevelopment during the first two years of life. *Pediatrics*, 94, 883-891.
- NUGENT, J. K. (noviembre de 1994). Cross-cultural studies of child development: Implications for clinicians. *Zero to Three*, p. 6.
- NUGENT, J. K., GREENE, S. Y MAZOR, K. (octubre de 1990). *The effects of maternal alcohol and nicotine use during pregnancy on birth outcome*. Documento presentado en el XXI Simposio Internacional, Lisboa, Portugal.
- NUTRITION TODAY. (1982). Alcohol use during pregnancy: A report by the American Council on Science and Health. Reimpreso.
- NYDEGGER, C. N. Y MITENESS, L. S. (1996). Midlife: The prime of fathers. En Ryff, C. D. y Seltzer, M. M. (eds.) *The parental experiment in midlife*. Chicago: University of Chicago Press.
- O
- OAKLEY, A. Y RICHARDS, M. (1990). Women's experiences of Caesarean delivery. En J. Garcia, R. Kilpatrick y M. Richards (eds.), *The politics of maternity care*. Oxford: Clarendon Press.
- OB/GYN NEWS. (15 al 30 de junio de 1984). In vitro fertilization comes of age: Issues still unsettled, 19(12), 3.
- O'BRIEN, M. Y NAGLE, K. J. (1987). Parents' speech to toddlers: The effect of play context. *Journal of Language Development*, 14, 269-279.
- O'BRIEN, S. J. Y DEAN, M. (1997). *Scientific American*, 267 (9), 44-51.
- O'BRYANT, S. L. (febrero de 1988). Sibling support and older widows' well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 173-183.
- OCAMPO, K. A., KNIGHT, G. P. Y BERNAL, M. E. (1977). The development of cognitive abilities and social identities in children: The case of ethnic identity. *International Journal of Behavioral Development*, 21, 479-500.
- OCHS, A., NEWBERRY, J., LENHARDT, M. Y HARKINS, S. (1985). Neural and vestibular aging associated with falls. En J. Birren y K. Schaie (eds.), *The handbook of the psychology of aging* (2a. ed.). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- OCHS, E. (1986). Introduction. En B. B. Schiefelín y E. Ochs (eds.), *Language socialization across cultures*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- O'CONNOR-FRANCOEUR, P. (abril de 1983). *Children's concepts of health and their health behavior*. Documento presentado en la reunión de la Society for Research in Child Development, Detroit.
- O'HARA, M., ZEKOSKI, E., PHILIPPS Y WRIGHT, E. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and non child bearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3-15.
- O'HERON, C. A. Y ORLOFSKY, J. L. (1990). Stereotypic and nonstereotypic sex role trait and behavior operations, gender identity and psychological adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 134-143.
- OFFER, D., OSTROV, E., HOWARD, K. Y ATKINSON, R. (1988). *The teenage world: Adolescents' self-image in ten countries*. Nueva York: Plenum Medical, 1988.
- OHLSSON, A., SHENNAN, A. T. Y ROSE, T. H. (1987). Review of causes of perinatal mortality in a regional perinatal center, 1980-84. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1(57), 443-445.
- OKTAY, J. A. Y VOLLAND, P. J. (1981). Community care program for the elderly. *Health and Social Work*, 6, 41-46.
- OKUN, B. F. (1984). *Working with adults: Individual, family and career development*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- O'LEARY, K. D. Y SMITH, D. A. (1991). Marital interactions. *Annual Review of Psychology*, 42, 191-212.
- OLLER, D. K. Y EILERS, R. E. (1988). The role of audition in infant babbling. *Child Development*, 59, 441-449.
- OLSHO, L. W., HARKINS, S. W. Y LENHARDT, M. L. (1985). Aging and the auditory system. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed. pp. 332-376). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- OLSON, D. H. Y LAVEE, Y. (1989). Family systems and family stress: A family life cycle perspective. En K. Kreppner y R. M. Lerner (eds.), *Family systems and life-span development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- OLSON, M. R. Y HAYNES, J. A. (1993). Successful single parents. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 74(5), 259-267.
- OLSON, S. L., BATES, J. E. Y BAYLES, K. (1984). Mother-infant interaction and the development of individual differences in children's cognitive competence. *Developmental Psychology*, 20, 166-179.
- OLTON, R. M. Y CRUTCHFIELD, R. S. (1969). Developing the skills of productive thinking. En P. H. Mussen, J. Langer y M. Covington (eds.), *Trends and issues in developmental psychology*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- ONI, G. A. (octubre de 1987). Breast-feeding pattern in an urban Nigerian community. *Journal of Biosocial Science*, 19(4), 453-462.
- OPIE, I. Y OPIE, P. (1959). *The lore and language of school children*. Londres: Oxford University Press.
- OPPENHEIM, D., EMDE, R. N. Y WARREN, S. (1997). Children's narrative representations of mothers: Their development and asso-

- ciations with child and mother adaptation. *Child Development*, 68, 127-138.
- ORENSTEIN, P. (1994). *Schoolgirls: Young women, self-esteem, and the confidence gap*. NY: Anchor.
- ORLOFSKY, J. L. y O'HERON, C. A. (1987). Stereotypic and nonstereotypic sex role trait and behavior orientation: Implications for personal adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1034-1042.
- ORNSTEIN, P. A., NAUS, M. J. y LIBERTY, C. (1975). Rehearsal and organizational processes in children's memory. *Child Development*, 46, 818-830.
- ORNSTEIN, P. A., NAUS, M. J. y STONE, B. P. (1977). Rehearsal training and developmental differences in memory. *Developmental Psychology*, 13, 15-24.
- OSOFSKY, J. D. y OSOFSKY, H. J. (1984). Psychological and developmental perspectives on expectant and new parenthood. En R. D. Parke (ed.), *The family: Review of child development research* (vol. 7). Chicago: University of Chicago Press.
- OSTROV, E., OFFER, D. y HOWARD, K. I. (1989). Gender differences in adolescent symptomatology: A normative study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 394-398.
- OTTO, L. B. (1988). America's youth: A changing profile. *Family Relations*, 37, 385-391.
- OUELLETTE, E. M. ET AL. (1977). Adverse effects on offspring of maternal alcohol abuse during pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 297, 528-530.
- P
- PAERNOW, P. L. (1984). The stepfamily cycle: An experimental model of stepfamily development. *Family Relations*, 33, 355-363.
- PALKOVITZ, R. (1985). Fathers' birth attendance, early contact and extended contact with their newborns: A critical review. *Child Development*, 56, 392-406.
- PAPERT, S. (1980). *Mindstorms: Children, computers and powerful thinking*. Nueva York: Basic Books.
- PAPOUSEK, H. (1961). Conditioned head rotation reflexes in infants in the first three months of life. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 50, 565-576.
- PARIS, S. C., LINDAUER, B. K. y COX, G. I. (1977). The development of inferential comprehension. *Child Development*, 48, 1728-1733.
- PARKE, R. D. (1972). Some effects of punishment on children's behavior. En W. W. Hartup (ed.), *The young child: Reviews of research* (vol. 2). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- PARKE, R. D. (1979). Perceptions of father-infant interaction. En J. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development*. Nueva York: Wiley.
- PARKE, R. D. (1981). *Fathers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- PARKE, R. D. y COLLMER, C. (1975). Child abuse: An interdisciplinary analysis. En E. M. Hetherington (ed.), *Review of child development research* (vol. 5). Chicago: University of Chicago Press.
- PARKE, R. y SLAHY, R. (1983). The development of aggression. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology* (vol. 4). Nueva York: Wiley.
- PARKE, R. D. y TINSLEY, B. J. (1987). Family interaction in infancy. En J. D. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed., pp. 579-641). Nueva York: Wiley.
- PARKER, J. G. y ASHER, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- PARKER, J. G. y ASHER, S. R. (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: Links with peer group acceptance and feelings of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology*, 29(4), 611-621.
- PARKER, W. A. (1980). Designing an environment for childbirth. En B. L. Blum (ed.), *Psychological aspects of pregnancy, birthing, and bonding*. Nueva York: Human Sciences Press.
- PARKHURST, J. T. y ASHER, S. R. (1992). Peer rejection in middle school: Subgroup differences in behavior, loneliness, and interpersonal concerns. *Developmental Psychology*, 28(2), 244-254.
- PARMELEE, A. H., JR. (1986). Children's illnesses: Their beneficial effects on behavioral development. *Child Development*, 57, 1-10.
- PARTEN, M. B. (1932-33). Social participation among preschool children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 27, 243-269.
- PASLEY, B. K. E. y IHINGER-TALLMAN, M. (1989). Boundary ambiguity in remarriage: Does ambiguity differentiate degree of marital adjustment and integration? *Family Relations*, 38, 46.
- PATTERSON, C. J. (1995). Sexual orientation and human development: An overview. *Developmental Psychology*, 31, 3-11.
- PATTERSON, C. J., KUPERSMIDT, J. B. y VADEN, N. A. (1990). Income level, gender, ethnicity, and household composition as predictors of children's school-based competence. *Child Development*, 61, 485-494.
- PATTISON, E. M. (1977). *The experience of dying*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- PAULBY, S. T. (1977). Imitative interaction. En H. R. Schaffer (ed.), *Studies of mother-infant interaction*. Londres: Academic Press.
- PAVLOV, I. P. (1928). *Lectures on conditioned reflexes*. (W. H. Gantt, traductor). Nueva York: International Publishers.
- PECK, R. C. (1968). Psychological developments in the second half of life. En B. L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- PECK, R. F. y BERKOWITZ, H. (1964). Personality and adjustment in middle age. En B. L. Neugarten (ed.), *Personality in middle and late life: Empirical studies*. Nueva York: Atherton.
- PEDERSON, F. ET AL. (1979). Infant development in father-absent families. *Journal of Genetic Psychology*, 135, 51-61.
- PEDIATRICS. (1978). Effect of medication during labor and delivery on infant outcome, 62, 402-403.
- PEDIATRICS. (1979). The fetal monitoring debate, 63, 942-948.
- PELLEGRINI, A. D. (1987). Rough-and-tumble play: Developmental and educational significance. *Educational Psychologist*, 22(1), 23-43.
- PELLETZ, L. (1995). *The effects of an interactive, interpersonal curriculum upon the development of self in seventh-grade girls*. Tesis doctoral, University of Massachusetts, Amherst.
- PERETTI, P. O. y WILSON, C. (1978). Contemplated suicide among voluntary and involuntary retirees. *Omega*, 9(2), 193-201.
- PERKINS, S. A. (1977). Malnutrition and mental development. *Exceptional Children*, 43(4), 214-219.
- PERLMUTTER, M. (1978). What is memory aging the aging of? *Developmental Psychology*, 14, 330-345.
- PERLMUTTER, M., ADAMS, C., BARRY, J., KAPLAN, M., PERSON, D. y VERDONIK, F. (1987). Aging & memory. En K. W. Schaie y K. Eisdorfer (eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (vol. 7). Nueva York: Springer.
- PERLS, T. T. (1995). The oldest old. *Scientific American*, 272, (1), 70-75.
- PERRY, D. G. y BUSSEY, K. (1984). *Social development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- PERRY, D. G., WILLIARD, J. C. y PERRY, L. C. (1990). Peers' perceptions of the consequences that victimized children provide aggressors. *Child Development*, 61, 1310-1325.
- PERRY, W. G. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years: A scheme*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- PERRY-JENKINS, M. y CROUTER, A. C. (1990). Men's provider-role attitudes: Implications for household work and marital satisfaction. *Journal of Family Issues*, 11(2), 136-156.
- PERRY-JENKINS, M. y FOLK, K. (febrero de 1994). Class, couples, and conflict: Effects of the division of labor on assessments of marriage in dual-earner families. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 165-180.
- PETERS, J. M. (1996). Paired keyboards as a tool for Internet exploration of third grade students. *Journal of Educational Computing Research*, 14, 229-242.
- PETERSON, A. C. y TAYLOR, B. (1980). The biological approach to adolescence: Biological change and psychological adaptation. En J. Adelson (ed.), *Handbook of adolescent psychology*. Nueva York: Wiley.
- PETERSON, A. C., COMPAS, B. E., BROOKS-GUNN, J., STEMMLER, M., EY, S. y GRANT, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168.
- PETERSON, B. E. y KLOHNEN, E. C. (1995). Realization of generativity in two samples of women at midlife. *Psychology and Aging*, 10(1), 20-29.
- PETROVICH, H., MASAKI, K. y RODRÍGUEZ, B. (1997). Update on women's health: Pros and cons of postmenopausal hormone replacement therapy. *Generations*, 20, núm. 4, 7-11.
- PFEIFFER, D. y DAVIS, G. (1971). The use of leisure time in middle life. *The Gerontologist*, 11, 187-195.
- PFEIFFER, J. (ed.). (1964). *The cell*. New York: Time-Life Books.

- PHILLIPS, D. (1984). The illusion of incompetence among academically competent children. *Child Development*, 55, 2000-2016.
- PHILLIPS, D., MCCARTNEY, K., SCARR, S. Y HOWES, C. (febrero de 1987). Selective review of infant day care research: A cause for concern! *Zero to Three*, pp. 18-20.
- PHILLIPS, J. L., JR. (1969). *The origins of intellect: Piaget's theory*. San Francisco: Freeman.
- PHILLIPS, R. B., SHARMA, R., PREMACHANDRA, B. R., VAUGHN, A. J. Y REYES-LEE, M. (1996). Intrauterine exposure to cocaine: Effect on neurobehavior of neonates. *Infant Behavior and Development*, 19, 71-81.
- PIAGET, J. (1926). *The language and thought of the child*. Londres: Kegan, Paul, Trench & Trubner.
- PIAGET, J. (1950). *The psychology of intelligence*. (M. Percy y D. E. Berlyne, traductores). Nueva York: Harcourt Brace.
- PIAGET, J. (1951). *Play, dreams and imitation in childhood*. Nueva York: Norton.
- PIAGET, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. (M. Cook, traductores). Nueva York: International Universities Press. (publicado originalmente en 1936).
- PIAGET, J. (1954). *The construction of reality in the child*. (M. Cook, traductor). Nueva York: Basic Books.
- PIAGET, J. (1962). *Plays, dreams, and imitation*. Nueva York: Norton.
- PIAGET, J. (1965). *The moral judgment of the child*. (M. Gabain, traductor). Nueva York: Free Press. (publicado originalmente en 1932)
- PIAGET, J. (1970). Piaget's theory. En P. H. Mussen (ed.), *Carmichael's manual of child psychology* (3a. ed., vol. 1). Nueva York: Wiley.
- PIAGET, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.
- PICHITINO, J. P. (enero de 1983). Profile of the single father: A thematic integration of the literature. *Personnel and Guidance Journal*, pp. 295-299.
- PIETROMONACO, P., MANIS, J. Y MARKUS, H. (1987). The relationship of employment to self-perception and well-being in women: A cognitive analysis. *Sex Roles*, 17(7-8), 467-476.
- PILLEMER, K. Y FINKELHOR, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28, 51-57.
- PINE, J. M., LIEVEN, E. V. M. Y ROWLAND, C. F. (1997). Stylistic variation at the "single-word" stage: Relations between maternal speech characteristics and children's vocabulary composition and usage. *Child Development*, 68, 807-819.
- PINES, M. (1979). Superkids. *Psychology Today*, 12(8), 53-63.
- PINES, M. (septiembre de 1981). The civilizing of Genie. *Psychology Today*, pp. 28-34.
- PINES, M. (1984). PT conversations: Resilient children. *Psychology Today*, 12(8), 53-63.
- PIOTRKOWSKI, C. S. Y CRITS-CHRISTOPH, P. (1981). Women's jobs and family adjustment. *Journal of Family Issues*, 2, 126-147.
- PIPER, J. M., BAUM, C. Y KENNEDY, D. L. (1987). Prescription drug use before and during pregnancy in a Medicaid population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1(57), 148-156.
- PITCHER, E. G. Y SCHULTZ, L. H. (1983). *Boys and girls at play: The development of sex roles*. Nueva York: Praeger.
- PLECK, J. (1985). *Working wives/working husbands*. Beverly Hills, CA: Sage.
- PLECK, J. H. (1985). *Working wives, working husbands*. Beverly Hills, CA: Sage.
- PLECK, J. H. Y STAINES, G. L. (1982). Work schedules and work family conflict in two-earner couples. En J. Aldous (ed.), *Two paychecks: Life in dual-earner families*. Beverly Hills, CA: Sage.
- PLOMIN, R. (1983). Developmental behavioral genetics. *Child Development*, 54, 25-29.
- PLOMIN, R. (1990). *Nature and nurture: An introduction to human behavioral genetics*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- PLOMIN, R. Y DANIELS, D. (1987). Why are children in the same family so different from one another? *Behavioral and Brain Sciences*, 10, 1-60.
- PLOMIN, R. Y DEFRIES, J. C. (1998). The genetics of cognitive abilities and disabilities. *Scientific American*, 278 (5), 62-69.
- PLOWDEN, B. (1967). *Children and their primary schools: A report of the Central Advisory Council for Education in England* (vol. 1). Londres: Her Majesty's Stationery Office.
- PLUMB, J. H. (otoño de 1971). The great change in children. *Horizon*, pp. 4-12.
- POE, W. Y HOLLOWAY, D. (1980). *Drugs and the aged*. Nueva York: McGraw-Hill.
- POEST, C. A., WILLIAMS, J. R., WITT, D. D. Y ATWOOD, M. E. (1989). Physical activity patterns of preschool children. *Early Childhood Research Quarterly*, 4, 367-376.
- POLLACK, R. H. Y ATKESON, B. M. (1978). A lifespan approach to perceptual development. En P. B. Baltes (ed.), *Lifespan development and behavior* (vol. 1). Nueva York: Academic Press.
- POLLITT, E. (1994). Poverty and child development: Relevance of research in developing countries to the United States. *Child Development*, 65(2), 283-295.
- POLLITT, E., GORMAN, K. S., ENGLE, P. L., MARTORELL, R. Y RIVERA, J. (1993). Early supplementary feeding and cognition: Effects over two decades. *Monograph for the Society of Research in Child Development*, 58 (serie núm. 235).
- POLLOCK, L. A. (1983). *Forgotten children: Parent-child relations from 1500 to 1900*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- POLLOCK, L. A. (1987). *A lasting relationship: Parents and children over three centuries*. Hanover, NH: University Press of New England.
- POMERLEAU, A., BOLDOC, D., MALCUT, G. Y COSSETTE, L. (1990). Pink or blue: Environmental gender stereotypes in the first two years of life. *Sex Roles*, 22(5/6), 359-367.
- POOLE, W. (julio/agosto de 1987). The first 9 months of school. *Hippocrates*, pp. 66-73.
- POON, L. (1985). Differences in human memory with aging: Nature, causes and clinical implications. En J. Birren y W. K. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed.). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- POPE, H. G., IONESCU-PIOGGIA, M., AIZLEY, H. G. Y VARMA, D. K. (1991). College student drug use: Twenty-year trends. *Harvard Mental Health Letter*, 7(9), 7.
- PORTERFIELD, E. (enero de 1973). Mixed marriage. *Psychology Today*, pp. 71-78.
- POSADA, G., GAO, Y., WU, F., POSADA, R., TASCÓN, M., SHOELMERICH, A., SAGI, A., KONDO-IKEMURA, K., HAALAND, W. Y SYNNEVAAG, B. (1995). The secure-base-phenomenon across cultures: Children's behavior, mothers' preferences, and experts' concepts. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60, 27-48.
- POTTS, M. K. (1997). Social support and depression among older adults living alone: The importance of friends with and outside of a retirement community. *Social Work*, 42, 348-361.
- POWELL, A. G., FARRAR, E. Y COHEN, D. K. (1985). *The shopping mall high school: Winners and losers in the education marketplace*. Boston: Houghton Mifflin.
- POWER, C. Y REIMER, J. (1978). Moral atmosphere: An educational bridge between moral judgment and action. *New Directions for Child Development*, 2.
- POWERS, S. I., HAUSER, S. T. Y KILNER, L. A. (1989). Adolescent mental health. *American Psychologist*, 44, 200-208.
- PRATT, K. C. (1954). The neonate. En L. Carmichael (ed.), *Manual of child psychology* (2a. ed.). Nueva York: Wiley.
- PRECHTL, H. Y BEINTEMA, D. (1965). *The neurological examination of the full term newborn infant* (Clinics in Developmental Medicine Series No. 12). Filadelfia: Lippincott.
- PRUCHNO, R. Y RESCH, N. (1989). Husbands and wives as caregivers: Antecedents of depression and burden. *The Gerontologist*, 29, 159-165.
- PRUETT, K. D. (1987). *The nurturing father: Journey toward the complete man*. Nueva York: Warner Books.
- PURCELL, P. Y SEWART, L. (1990). Dick and Jane in 1989. *Sex Roles*, 22(3/4), 177-185.
- PUTALLAZ, M. (1983). Predicting children's sociometric status from their behavior. *Child Development*, 54, 1417-1426.
- Q
- QUADREL, M. J., FISCHOFF, B. Y DAVIS, W. (1993). Adolescent (in) vulnerability. *American Psychologist*, 48(2), 102-116.
- QUEENAN, J. T. (agosto de 1975). The Rh-immunized pregnancy. *Consultant*, pp. 96-99.
- QUINN, J. F. Y BURKHAUSER, R. V. (1990). Work and retirement. En R. H. Binstock y L. K. George (eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (3a. ed., pp. 308-327). Nueva York: Academic Press.
- R
- RADBILL, S. (1974). A history of child abuse and infanticide. En R. Helfer y C. Kempe (eds.),

- The battered child*. Chicago: University of Chicago Press.
- RADKE, M. J. y TRAGER, H. G. (1950). Children's perceptions of the social role of Negroes and whites. *Journal of Psychology*, 29, 3-33.
- RADKEY-YARROW, M., ZAHN-WAXLER, C. y CHAPMAN, M. (1983). Children's prosocial dispositions and behavior. En E. M. Hetherington (ed.), *Handbook of child psychology: vol. 4: Socialization, personality and social development*. Nueva York: Wiley.
- RAHBAR, F., MOMENI, J., FUMUFOD, A. K. y WESTNEY, L. (1985). Prenatal care and perinatal mortality in a black population. *Obstetrics and Gynecology*, 65 (3), 327-329.
- RAMEY, C. T. (1981). Consequences of infant day care. En B. Weissbound y J. Musick (eds.), *Infants: Their social environments*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- RAMEY, C. T. y RAMERY, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53, 109-120.
- RANDO, T. (1986). A comprehensive analysis of anticipatory grief: Perspectives, processes, promises, and problems. En T. Rando (ed.), *Loss and anticipatory grief*. Lexington, MA: Lexington Books.
- RAPOPORT, R. y RAPOPORT, R. M. (1980). Three generations of dual-career family research. En F. Pepitone-Rockwell (ed.), *Dual-career couples*. Beverly Hills, CA: Sage.
- RATNER, H. H. (1984). Memory demands and the development of young children's memory. *Child Development*, 55, 2173-2191.
- RATNER, N. B. y PYE, C. (1984). Higher pitch in BT is not universal: Acoustic evidence from Quiche Mayan. *Journal of Child Language*, 11, 515-522.
- RATNER, N. y BRUNER, J. S. (1978). Games, social exchange and the acquisition of language. *Journal of Child Development*, 5, 1-15.
- RAUSTE-VON WRIGHT, M. (1989). Body image satisfaction in adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 18, 71-83.
- REGESTEIN, Q. R. (13 de octubre de 1979). *Insomnia and sleep disturbances in the aged: Sleep and insomnia in the elderly*. Documento presentado en la reunión de la Boston Society for Gerontologic Psychiatry.
- REICH, P. A. (1986). *Language development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- REID, M. (1990). Prenatal diagnosis and screening. En J. Garcia, R. Kilpatrick y M. Richards (eds.), *The politics of maternity care* (pp. 300-323). Oxford: Clarendon Press.
- REID, M., RAMEY, S. L. y BURCHINAL, M. (1990). Dialogues with children about their families. En I. Bretherton y M. W. Watson (eds.), *New Directions for Child Development*, 48, 5-28.
- REINACH, L. (1901). *De Lelaos*. París: Charles.
- REINHOLD, R. (27 de junio de 1981). Census finds unmarried couples have doubled from 1970 to 1978. *New York Times*, pp. A1, B5.
- REINHOLD, R. (27 de febrero de 1982). Study reaffirms general doubts over marijuana. *New York Times*, p. C7.
- REINKE, B. J., ELLICOTT, A. M., HARRIS, R. L. y HANCOCK, E. (1985). Timing of psychosocial changes in women's lives. *Human Development*, 28, 259-280.
- REISS, I. L. (1971). *The family system in America*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- REITZES, D. C., MUTRAN, E. J. y FERNÁNDEZ, M. E. (1996). Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers. *The Gerontologist*, 36, 649-656.
- REPETTI, R., MATTHEWS, K. y WALDRON, I. (1989). Employment and women's health: Effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 44, 1394-1401.
- RESTAK, R. (1986). *The infant mind*. Garden City, NY: Doubleday.
- REUHL, K. R. y CHANG, L. W. (1979). Effects of methylmercury on the development of the nervous system: A review. *Neurotoxicology*, 1, 21-55.
- REYNOLDS, W., REMER, R. y JOHNSON, M. (1995). Marital satisfaction in later life: An examination of equity, equality, and reward theories. *International Journal of Aging and Human Development*, 40(2), 155-173.
- RHEINGOLD, H. L., GEWIRTZ, J. L. y ROSS, H. W. (1959). Social conditioning of vocalizations in the infant. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 52, 68-73.
- RHODES, S. (1983). Age-related differences in work attitudes and behavior: A review and conceptual analysis. *Psychological Bulletin*, 93, 328-367.
- RICE, M. L. y HAIGHT, P. L. (1986). "Motherese" of Mr. Rogers: A description of the dialogue of educational television programs. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 51, 282-287.
- RICE, S. G. (1990). *Putting the play back in exercise*. Inédito.
- RICHARDSON, S. O. (1992). Historical perspectives on dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 25(1), 40-47.
- RICHMAN, A. L., LEVINE, R. A., NEW, R. A., HOWRIGAN, G. A., WELLES-NYSTROM, B. y LEVINE, S. E. (primavera de 1988). Maternal behavior to infants in five cultures. En R. A. LeVine, P. M. Miller y M. M. West (eds.), *New Directions for Child Development: vol. 40: Personal behavior in diverse societies* (pp. 81-98).
- RICHMAN, C. L., BERRY, C., BITTLE, M. y HIMAN, K. (1988). Factors relating to helping behavior in preschool-age children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 9, 151-165.
- RICKS, S. S. (1985). Father-infant interactions: A review of empirical research. *Family Relations*, 34, 505-511.
- RIEGL, K. (1984). Chapter in M. L. Commons, F. A. Richards y C. Armon (eds.), *Beyond formal operations: Late adolescence and adult cognitive development*. Nueva York: Praeger.
- RIEGL, K. F. (1975). Adult life crises: A dialectical interpretation of development. En N. Datan y L. H. Ginsberg (eds.), *Life-span developmental psychology: Normative life crises*. Nueva York: Academic Press.
- RIGER, S. y GALLIGAN, P. (1980). Women in management. *American Psychologist*, 35, 902-910.
- RILEY, M. W. y WARING, J. (1976). Age and aging. En R. Merton y R. Nisbet (eds.), *Contemporary social problems* (4a. ed.). Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich.
- RILEY, M. W. y WARING, J. (1978). Most of the problems of aging are not biological, but social. En R. Gross, B. Gross y S. Seidman (eds.), *The new old: Struggling for decent aging*. Garden City, NY: Anchor Books/Doubleday.
- RIZZO, T. A. y CORSARO, W. A. (1988). Toward a better understanding of Vygotsky's process of internalization: Its role in the development of the concept of friendship. *Developmental Review*, 8, 219-237.
- RIZZOLI, R. y BONJOUR, J. P. (1997). Hormones and bones. *The Lancet*, 349, marzo, S120-23.
- ROBBINS, D. (1986). Legal and ethical issues in terminal illness care for patients, families, care-givers, and institutions. En T. Rando (ed.), *Loss and anticipatory grief* (pp. 215-228). Lexington, MA: Lexington Books.
- ROBERTS, R. y NEWTON, P. M. (1987). Levinsonian studies of women's adult development. *Psychology and Aging*, 2, 154-163.
- ROBERTSON, J. F. (1977). Grandmotherhood: A study of role conceptions. *Journal of Marriage and the Family*, 39, 165-174.
- ROBERTSON, M. (1984). Changing motor patterns during childhood. En J. R. Thomas (ed.), *Motor development during childhood and adolescence*. Minneapolis, MN: Burgess.
- ROBINSON, I. E. y JEDLICKA, D. (1982). Change in sexual behavior of college students from 1965-1980: A research note. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 237-240.
- ROBINSON, R., COBERLY, S. y PAUL, C. (1985). Work and retirement. En R. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. (2a. ed., pp. 503-527). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- ROCHAT, P. (1989). Object manipulation and exploration in 2- to 5-month-old infants. *Developmental Psychology*, 25(6), 871-884.
- RODIN, J. E. ICKOVICS, J. (1990) Women's health: Review and research agenda as we approach the 21st century. *American Psychologist*, 45, 1018-1034.
- ROE, A. (1957). Early determinants of vocational choice. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 212-217.
- ROGEL, M. J. y PETERSON, A. C. (1984). Some adolescent experiences of motherhood. En R. Cohen, B. Cohler y S. Weissman (eds.), *Parenthood: A psychodynamic perspective*. Nueva York: Guilford.
- ROGERS, C. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C. R. (1961). *On becoming a person*. Nueva York: Houghton Mifflin.
- ROGOFF, B. (1990). *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in social context*. Nueva York: Oxford University Press.
- ROGOFF, B. (1993). Comentario. *Human Development*, 36, 24-26.
- ROGOFF, B. y WERTSCH, J. (1984). Children's learning in the "zone of proximal development". *New Directions for Child Development*, 23. San Francisco: Jossey-Bass.

- ROGOFF, B. ET AL. (1993). Guided participation in cultural activity by toddlers and caregivers. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 58(8), serie núm. 236, tema completo.
- ROSCOE, B., DIANA, M. S. Y BROOKS, R. H., II. (1987). Early, middle, and late adolescents' views on dating and factors influencing partner selection. *Adolescence*, 12, 59-68.
- ROSE-KRASNOR, L. (1988). Social cognition. En T. D. Yawkey y J. E. Johnson (eds.), *Integrative processes and socialization: Early to middle childhood* (pp. 79-95). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ROSEL, N. (1978). Toward a social theory of dying. *Omega*, 9(1), 49-55.
- ROSENFELD, A. (23 de marzo de 1974b). Starve the child, famish the future. *Saturday Review*, p. 59.
- ROSENFELD, A. (7 de septiembre de 1974a). If Oedipus' parents had only known. *Saturday Review*, 49f.
- ROSENMAN, R. H. (1974). The role of behavioral patterns and neurogenic factors in the pathogenesis of coronary heart disease. En R. S. Eliot (ed.), *Stress and the heart*. Nueva York: Futura.
- ROSENMAN, R. Y CHESNEY, M. (1982). Stress, Type A behavior, and coronary disease. En L. Goldberger y S. Breznitz (eds.), *The handbook of stress: Theoretical and clinical applications* (pp. 547-565). Nueva York: Macmillan.
- ROSENSTEIN, D. Y OSTER, H. (1988). Differential facial response to four basic tastes in newborns. *Child Development*, 59, 1555-1568.
- ROSENTHAL, E. (4 de enero de 1990). New insights on why some children are fat offers clues on weight loss. *New York Times*, p. B8.
- ROSENTHAL, J. A. (1988). Patterns of reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 12, 263-271.
- ROSENTHAL, R. Y JACOBSON, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectation and pupil's intellectual development*. Nueva York: Harper & Row.
- ROSENWASSER, S. M., LINGENFELTER, M. Y HARRINGTON, A. F. (1989). Nontraditional gender role portrayals on television and children's gender role perceptions. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 10, 97-105.
- ROSE, S. A., GOTTFRIED, A. W. Y BRIDGER, W. H. (1981). Cross-modal transfer in 6-month-old infants. *Developmental Psychology*, 17, 661-669.
- ROSETT, H. L. ET AL. (1981). Strategies for prevention of fetal alcohol effects. *Obstetrics and Gynecology*, 57, 1-16.
- ROSKINSKI, R. R. (1977). *The development of visual perception*. Santa Mónica, CA: Goodyear.
- ROSOW, I. (1974). *Socialization to old age*. Berkeley: University of California Press.
- ROSS, A. O. (1977). *Learning disability, the unrealized potential*. Nueva York: McGraw-Hill.
- ROSS, H. S. Y LOLLIS, S. P. (1987). Communication within infant social games. *Developmental Psychology*, 23, 241-248.
- ROSS, H. Y SAWHILL, I. (1975). *Time of transition: The growth of families headed by women*. Washington, DC: Urban Institute.
- ROSS, L. (1981). The "intuitive scientist" formulation and its developmental implications. En J. H. Flavell y L. Ross (eds.), *Social cognitive development*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- ROSSI, A. S. (primavera de 1977). A biological perspective in parenting. *Daedalus*.
- ROSSI, A. S. (1979). Transition to parenthood. En P. Rossi (ed.), *Socialization and the life cycle*. Nueva York: St. Martin's Press.
- ROSSMAN, I. (1977). Anatomic and body-composition changes with aging. En C. E. Finch y L. Hayflick (eds.), *Handbook of the biology of aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- ROUG, L., LANDBERG, I. Y LUNDBERG, L. J. (febrero de 1989). Phonetic development in early infancy: A study of four Swedish children during the first eighteen months of life. *Journal of Child Language*, 16(1), 19-40.
- ROVEE-COLLIER, C. (1987). Learning and memory in infancy. En J. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed.). Nueva York: Wiley.
- ROWE, J. W. Y KAHN, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- ROWE, P. (mayo-junio de 1982). Model project reduces alienation of aged from community. *Aging*, pp. 6-11.
- ROWLAND, T. W., DONNELLY, J. H., LANDIS, J. N., LEMOINE, M. E., SIGELMAN, D. R. Y TANELLA, C. J. (1987). Infant home apnea monitoring. *Clinical Pediatrics*, 26(8), 383-387.
- RUBIN, K. H. (1983). Recent perspectives on social competence and peer status: Some introductory remarks. *Child Development*, 54, 1383-1385.
- RUBIN, K. H. Y COPLAN, R. J. (1992). Peer relationships in childhood. En M. H. Bornstein y M. E. Lamb (eds.), *Developmental Psychology: An advanced textbook*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- RUBIN, K. H., FEIN, G. C. Y VANDENBERG, B. (1983). En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology* (vol. 4). Nueva York: Wiley.
- RUBIN, K. H., MALONI, T. L. Y HORNUM, M. (1976). Free play behaviors in middle- and lower-class preschoolers: Partner and Piaget revised. *Child Development*, 47, 414-419.
- RUBIN, K. Y TROTTER, K. (1977). Kohlberg's moral judgment scale: Some methodological considerations. *Developmental Psychology*, 13(5), 535-536.
- RUBIN, L. (1980). The empty nest: Beginning or end? In L. Bond y J. Rosen (eds.), *Competence and coping during adulthood* (pp. 309-321). Hanover, NH: University Press of New England.
- RUBIN, N. J. (1994). Ask me if I care: Voices from an American high school (p. 83). Berkeley, CA: Ten Speed Press.
- RUBINSTEIN, C. (1994). *Helping teachers and schools to nip sex bias in the bud*. *The New York Times*, p. C4.
- RUBINSTEIN, E. A. (1983). Television and behavior: Conclusion of the 1982 NIMH report and their policy implications. *American Psychologist*, 38, 820-825.
- RUBIN, Z. (1980). *Children's friendships*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- RUBLE, D. (1988). Sex-role development. En M. Bornstein y M. E. Lamb (eds.), *Developmental psychology: An advanced textbook* (2a. ed., pp. 411-460). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- RUBLE, D. N. Y BROOKS-GUNN, J. (1982). The experience of menarche. *Child Development*, 53, 1557-1577.
- RUDD, P. Y BALASCHKE, T. (1982). Antihypertensive agents and the drug therapy of hypertension. En A. Gilman, L. Goodman, T. Rall y F. Murad (eds.), *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics* (7a. ed., pp. 784-805).
- RUEBSAAT, H. J. Y HULL, R. (1975). *The male climacteric*. Nueva York: Hawthorn Books.
- RUGH, R. Y SHETTLES, L. B. (1971). *From conception to birth: The drama of life's beginnings*. Nueva York: Harper & Row.
- RUSHTON, T. P. (1976). Socialization and the altruistic behavior of children. *Psychological Bulletin*, 83(5), 898-913.
- RUSSELL, D. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect*, 7, 133-146.
- RUTTER, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. En M. W. Kent y J. E. Rolf (eds.), *Primary prevention of psychopathology: III. Social competence in children*. Hanover, NH: University Press of New England.
- RUTTER, M. (1983). Stress, coping and development: Some issues and questions. En N. Garnezy y M. Rutter (eds.), *Stress, coping and development in children*. Nueva York: McGraw-Hill.
- RUTTER, M. (1984). PT conversations: Resilient children. *Psychology Today*, 18(3), 60-62, 64-65.
- RUTTER, M. L. (1997). Nature-nurture integration: The example of antisocial behavior. *American Psychologist*, 52, 390-398.
- RUTTER, M. Y GARMEZY, N. (1983). Developmental psychopathology. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology* (vol. 4). Nueva York: Wiley.
- RUTTER, M., DUNN, J., PLOMIN, R., SIMONOFF, E., PICKLES, A., MAUGHAN, B., ORMEL, J., MEYER, J. E EAVES, L. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychology. *Development and Psychopathology*, 9, 335-364.
- RYAN, A. S., MARTINEZ, G. A. Y MALEC, D. J. (primavera de 1985). The effect of the WIC program on nutrient intakes of infants, 1984. *Medical Anthropology*, p. 153.
- RYFF, C. D. (1985). The subjective experience of life-span transitions. En A. S. Rossi (ed.), *Gender and the life course* (p. 97). Nueva York: Aldine.
- RYFF, C. D. (1989). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195-210.
- RYNES, S. Y ROSEN, B. (1983). A comparison of male and female reactions to career advancement opportunities. *Journal of Vocational Behavior*, 22, 105-116.

■ S

- SADKER, M. Y SADKER, D. (1994). *Failing at fairness: How America's schools cheat girls*. Nueva York: Charles Scribner's Sons.

- SAGI, A. ET AL. (1994). Sleeping out of home-in a kibbutz communal arrangement: It makes a difference for infant-mother attachment. *Child Development*, 65, 992-1004.
- SALEND, E., KANE, R., SATZ, M. Y PYNOOS, J. (1984). Elder abuse reporting: Limitation of statutes. *The Gerontologist*, 24, 61-69.
- SALT, P., GALLER, J. R. Y RAMSEY, F. C. (1988). The influence of early malnutrition on subsequent behavioral development. VII. The effects of maternal depressive symptoms. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 1-5.
- SALTHOUSE, T. A. (1984). Effects of age and skill in typing. *Journal of Experimental Psychology: General*, 113, 345-371.
- SALTHOUSE, T. (1985). Speed of behavior and its implications for cognition. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed.). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- SALTHOUSE, T. (1987). The role of experience in cognitive aging. En K. W. Schaie y K. Eisdorfer (eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (vol. 7). Nueva York: Springer.
- SALTHOUSE, T. (1990). Cognitive competence and expertise in aging. En J. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3a. ed., pp. 311-319). San Diego: Academic Press.
- SALTHOUSE, T. Y MITCHELL, D. (1990). Effect of age and naturally occurring experience on spatial visualization performance. *Developmental Psychology*, 26, 845-854.
- SALTHOUSE, T., BABCOCK, R., SKOVRONEK, E., MITCHELL, D. Y PALMON, R. (1990). Age and experience effects in spatial visualization. *Developmental Psychology*, 26, 128-136.
- SALZMAN, C. (1982) A primer on geriatric psychopharmacology. *American Journal of Psychiatry*, 139, 67-74.
- SARASON, S. B. Y DORIS, J. (1953). *Psychological problems in mental deficiency*. Nueva York: Harper & Row.
- SASLOW, R. (otoño de 1981). A new student for the eighties: The mature woman. *Educational Horizons*, pp. 41-46.
- SASSERATH, V. J. (ed.). (1983). *Minimizing high-risk parenting*. Skillman, NJ: Johnson & Johnson.
- SAUDINO, K. J. Y PLOMIN, R. (1997). Cognitive and temperamental mediators of genetic contributions to the home environment during infancy. *Merrill-Palmer Quarterly*, 43, 1-23.
- SAVAGE-RUMBAUGH, S., RUMBAUGH, D. M. Y McDONALD, K. (septiembre de 1986). Spontaneous symbol acquisition and communicative use by pygmy chimpanzees. *Journal of Experimental Psychology*, 115(3), 211-235.
- SCANLON, J. (1979). *Young adulthood*. Nueva York: Academy for Educational Development.
- SCARBOROUGH, H. S. (1989). Prediction of reading disability from familial and individual differences. *Journal of Educational Psychology*, 81, 101-108.
- SCARR, S. Y KIDD, K. K. (1983). Behavior genetics. En M. Haith y J. Campos (eds.), *Manual of child psychology: Infancy and the biology of development* (vol. 2). Nueva York: Wiley.
- SCARR, S. Y MCCARTNEY, K. (1983). How people make their own environments: A theory of genotype/environmental effects. *Child Development*, 54, 424-435.
- SCARR, S., PHILLIPS, D. Y MCCARTNEY, K. (1989). Working mothers and their families. *American Psychologist*, 44, 1402-1409.
- SCARR, S. Y WEINBERG, R. A. (1983). The Minnesota adoption studies: Genetic differences and malleability. *Child Development*, 54, 260-267.
- SCHACTER, F. Y STRAGE, A. (1982). Adult's talk and children's language development. En S. Moore y C. Cooper (eds.), *The young child: Reviews of research* (vol. 3, pp. 79-96). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- SCHAEFER, M. R., SOBIEK, K. Y HOLLYFIELD, R. L. (1988). Prevalence of childhood physical abuse in adult male veteran alcoholics. *Child Abuse and Neglect*, 12, 141-149.
- SCHAEFFER, H. R. (1977). *Studies in mother-infant interaction*. Londres: Academic Press.
- SCHAEIE, K. W. (1977/1978). Toward a stage theory of adult cognitive development. *Journal of Aging and Human Development*, 8, 129-138.
- SCHAEIE, K. W. (1983a). The Seattle longitudinal study: A twenty-one year exploration of psychometric intelligence in adulthood. En K. W. Schaie (ed.), *Longitudinal studies of adult psychological development*. Nueva York: Guilford.
- SCHAEIE, K. W. (1983b). Twenty-one-year exploration of psychometric intelligence in adults. En K. W. Schaie (ed.), *Longitudinal studies of adult psychological development*. Nueva York: Guilford.
- SCHAEIE, K. W. (1986). Beyond calendar definitions of age, period and cohort: The general developmental model revisited. *Developmental Review*, 6, 252-277.
- SCHAEIE, K. W. (1990). Intellectual development in adulthood. En J. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3a. ed., pp. 291-310). San Diego: Academic Press.
- SCHAEIE, K. W. (1995). *Intellectual development in adulthood: The Seattle longitudinal study*. Nueva York: Cambridge University Press.
- SCHAEIE, K. W. Y WILLIS, S. L. (1986). *Adult development and aging* (2nd ed.). Boston: Little, Brown.
- SCHARDEIN, J. L. (1976). *Drugs as teratogens*. Cleveland, OH: Chemical Rubber Co. Press.
- SCHIEFER, L. M. Y BOTVIN, G. J. (1998). Relations of social skills, personal competence, and adolescent alcohol use: A developmental exploratory study. *Journal of Early Adolescence*, 18, 77-114.
- SCHIEIN, E. H. (1978). *Career dynamics: Matching individual and organizational needs*. Reading, MA: Addison Wesley.
- SCHIEFFELIN, B. B. Y OCHS, E. (1983). A cultural perspective on the transition from prelinguistic to linguistic communication. En R. M. Golinkoff (ed.), *The transition from prelinguistic to linguistic communication*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- SCHILDER, P. Y WECHSLER, D. (1935). What do children know about the interior of the body? *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 355-360.
- SCHLESINGER, J. M. (1982). *Steps to language: Toward a theory of native language acquisition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- SCHNECK, M. K., REISBERG, B. Y FERRIS, S. H. (febrero de 1982). An overview of current concepts of Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 139(2), 165-173.
- SCHNEIDER, M. L., ROUGHTON, E. C. Y LUBACH, G. R. (1997). Moderate alcohol consumption and psychological stress during pregnancy induce attention and neuromotor impairments in primate infants. *Child Development*, 68, 747-759.
- SCHNEIDMAN, E. (1989). The Indian summer of life: A preliminary study of septuagenarians. *American Psychologist*, 44, 684-694.
- SCHOCK, N. (1977). Biological theories of aging. En J. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- SCHOFIELD, J. W. (1981). Complementary and conflicting identities: Images and interaction in an interracial school. En S. R. Asher y J. M. Gottman (eds.), *The development of children's friendships*. Nueva York: Cambridge University Press.
- SCHOFIELD, J. W. (1997a). Psychology: Computers and classroom social processes—a review of the literature. *Social Science Computer Review*, 15, 27-39.
- SCHOFIELD, J. W. (1997b). The Internet in school: A case study of educator demand and its precursors. En S. Kiesler (ed.), *Culture of the Internet*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- SCHOOLER, C. (1987). Psychological effects of complex environments during the life span: A review and theory. En C. Schooler y K. W. Schaie (eds.), *Cognitive functioning and social structure over the life course* (pp. 24-49). Norwood, NJ: Ablex.
- SCHOOLER, C. (1990). Psychosocial factors and effective cognitive functioning in adulthood. En *Handbook of the psychology of aging* (3a. ed.). Nueva York: Academic Press.
- SCHULMAN, S., LAURSEN, B., KALMAN, Z. Y KARPOVSKY, S. (1997). Adolescent intimacy revisited. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 597-603.
- SCHULZ, R. Y HECKHAUSEN, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- SCHULZ, R. Y SALTHOUSE, T. . *Adult development and aging: Myths and emerging realities*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- SCHULZ, R., MUSA, D., STASZEWSKI, J. Y SIEGLER, R. S. (1994). The relationship between age and major league baseball performance: Implications for development. *Psychology and Aging*, 9, 274-286.
- SCHWARTZ, J. I. (1981). Children's experiments with language. *Young Children*, 36, 16-26.
- SCIENTIFIC AMERICAN (1997). In focus: The start of something big? 276 (5), 15-16.
- SCIENTIFIC AMERICAN (1997). Women's Health: Hold the hormones? Volume 277, September, 38-39.
- SCOTT, J. P. (1990). Forward. En M. E. Hahn, J. K. Hewitt, N. D. Henderson y R. H. Benno (eds.), *Development behavior genetics: Neural*

- biometrical and evolutionary approaches. Nueva York: Oxford University Press.
- SEARS, R. R. (1963). Dependency motivation. En M. R. Jones (ed.), *The Nebraska symposium on motivation* (vol. 11). Lincoln: University of Nebraska Press.
- SEBALD, H. (invierno de 1989). Adolescents' peer orientation: Changes in the support system during the past three decades. *Adolescence*, 940-941.
- SEDLAK, A. J. (1989). *Supplementary analyses of data on the national incidence of child abuse and neglect*. Rockville, MD: Westat.
- SEGAL, J. y YAHRAES, H. (noviembre de 1978). Bringing up mother. *Psychology Today*, pp. 80-85.
- SELIGMAN, M. E. P. (mayo de 1974). Submissive death: Giving up on life. *Psychology Today*, pp. 90-96.
- SELMAN, R. L. (1976). The development of interpersonal reasoning. En A. Pick (ed.), *Minnesota symposia on child psychology* (vol. 1). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- SELMAN, R. L. (1981). The child as a friendship philosopher. En S. R. Asher y J. M. Gottman (eds.), *The development of children's friendships*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- SELTZER, V. C. (1989). *The psychosocial worlds of the adolescent*. Nueva York: Wiley.
- SERBIN, L. A., POWLSHTA, K. K. y GULKO, J. (1993). The development of sex typing in middle childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 58(2), Serie núm. 232, 1-73.
- SHAFFER, D. R. (1988). *Social and personality development* (2a. ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- SHAFFER, J. B. P. (1978). *Humanistic psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- SHANAS, E. y MADDOX, G. (1985). Health, health resources, and the utilization of care. En R. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 697-726). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- SHANE, P. G. (1989). Changing patterns among homeless and runaway youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 208-214.
- SHANNON, D. y KELLY, D. (1982). SIDS and near-SIDS. *New England Journal of Medicine*, 306, 961-962.
- SHANTZ, C. (1983). Social cognition. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology* (vol. 3). Nueva York: Wiley.
- SHANTZ, C. U. (1975). The development of social cognition. En E. M. Hetherington (ed.), *Review of child development research* (vol. 5). Chicago: University of Chicago Press.
- SHANTZ, C. U. (1987). Conflicts between children. *Child Development*, 51, 283-305.
- SHAPIRO, M. (1978). Legal rights of the terminally ill. *Aging*, 5(3), 23-27.
- SHARABANY, R., GERSHONI, R. y HOFFMAN, J. E. (1981). Girlfriend, boyfriend: Age and sex differences in intimate friendship. *Developmental Psychology*, 17, 800-808.
- SHATZ, C. (1992). The developing brain. *Scientific American* (9), 61-67.
- SHATZ, M. (1991). *Using cross-cultural research to inform us about the role of language-in development: Comparisons of Japanese, Korean, and English, and of German, American English, and British English* (pp. 139-153).
- SHATZ, M. y GELMAN, R. (1973). The development of communication skills: Modifications in the speech of young children as a function of the listener. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 38(152).
- SHAW, L. (1983). Problems of labor-market re-entry. En L. B. Shaw (ed.), *Unplanned careers: The working lives of middle-aged women*. Lexington, MA: Lexington Books.
- SHAYWITZ, S. E., SHAYWITZ, B. A., FLETCHER, J. M. y ESCOBAR, M. D. (1991). Reading disability in children. *Journal of the American Medical Association*, 265, 725-726.
- SHEA, C. H., SHEBILSKIE, W. L. y WORCHEL, S. (1993). *Motor learning and control*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- SHEEHY, G. (1995a). *New passages: Mapping your life across time*. Nueva York: Random House.
- SHEEHY, G. (12 de junio de 1995b). New passages. *U.S. News & World Report*, p. 62.
- SHEIMAN, D. L. y SLOMIN, M. (1988). *Resources for middle childhood*. Nueva York, NY: Garland.
- SHEPPARD, H. L. y HERRICK, N. Q. (1977). *Worker dissatisfaction in the '70s*. Nueva York: Free Press.
- SHERIF, M. y SHERIF, C. W. (1953). *Groups in harmony and tension*. Nueva York: Harper & Brothers.
- SHERIF, M., HARVEY, O. J., WHITE, B. J., HOOD, W. B. y SHERIF, C. W. (1961). *Intergroup conflict and cooperation: The robber's cave experiment*. Norman: University of Oklahoma Press.
- SHERMAN, E. (1987). *Meaning in mid-life transitions*. Albany: State University of New York Press.
- SHIELDS, A. M., CICCETTI, D. y RYAN, R. M. (1994). The development of emotional and behavioral self-regulation and social competence among maltreated school-age children. *Development and Psychopathology*, 6, 57-75.
- SHIFFRIN, R. M. y SCHNEIDER, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending, and a general theory. *Psychological Review*, 84, 127-190.
- SHIRLEY, M. M. (1931). *The first two years: A study of twenty-five babies* (Institute of Child Welfare Monograph No. 7, vol. 1). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- SHIRLEY, M. M. (1933). *The first two years: A study of twenty-five babies* (Institute of Child Welfare Monograph No. 7, vol. 2). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- SHOCK, N. W. (1952a). Aging of homostatic mechanisms. En A. I. Lansing (ed.), *Cowdry's problems of aging* (3a. ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- SHOCK, N. W. (1952b). Aging and psychological adjustment. *Review of Educational Research*, 22, 439-458.
- SHORE, R. (1997). *Rethinking the brain: New insights in early development*. Nueva York: Families and Work Institute.
- SHUKIN, A. y NEUGARTEN, B. L. (1964). Personality and social interaction. En B. L. Neugarten (ed.), *Personality in middle and late life: Empirical studies*. Nueva York: Atherton.
- SHULMAN, S. y KLEIN, M. M. (invierno de 1993). Distinctive role of the father in adolescent separation-individuation. En S. Shulman y W. A. Collins (eds.), *New Directions for Child Development*, 62, 41-58.
- SHUTE, N. (1997). A study for the ages. *U.S. News and World Report*, 9 de junio, 67-70, 72, 76-78, 80.
- SIDNEY, K. H. (1981). Cardiovascular benefits of physical activity in the exercising aged. En E. L. Smith y R. C. Serfass (eds.), *Exercise and aging: The scientific basis*. Hillside, NJ: Enslow.
- SIEBER, R. T. y GORDON, A. J. (1981). Socialization implications of school discipline or how first graders are taught to listen. En *Children and their organizations: Investigations in American culture*. Boston: G. K. Hall.
- SIEGLER, I. C. y COSTA, P. T., JR. (1985). Health behavior relationships. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed.). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- SIEGLER, R. S. (1986). *Children's thinking*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- SIEGLER, R. S. (1991). *Children's Thinking*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- SIEGLER, R. S. y ELLIS, S. (1996). Piaget on Childhood. *Psychological Science*, 7, 211-215.
- SIGEL, I. (1987). Does hothousing rob children of their childhood? *Early Childhood Research Quarterly*, 2, 211-225.
- SIGNORELLA, M. L. (1987). Gender schemata: Individual differences and context effects. *New Directions for Child Development*, 38, 23-38.
- SIGNORIELLI, N. (1989). Television and conceptions about sex roles: Maintaining conventionality and the status quo. *Sex Roles*, 21(5/6), 341-350.
- SILVER, C. B. y SILVER, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357.
- SILVER, L. B. (octubre de 1990). Learning disabilities. *Harvard Mental Health Letter*, pp. 7, 3-5.
- SIMMONS, R. G., BURGESSON, R., CARLTON-FORD, S. y BLYTH, D. A. (1987). The impact of cumulative change in early adolescence. *Child Development*, 58, 1220-1234.
- SIMONTON, D. (1988). Age and outstanding achievement: What do we know after a century of research? *Psychological Bulletin*, 104, 251-267.
- SIMONTON, D. (1990). Creativity and wisdom in aging. En J. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3a. ed., pp. 320-329). San Diego: Academic Press.
- SIMOPOULOS, A. P. (1983). Nutrition. En C. C. Brown (ed.), *Prenatal Roundtable: vol. 9: Childhood learning disabilities and prenatal risk* (pp. 44-49). Rutherford, NJ: Johnson & Johnson.
- SIMPSON, W. J. (1957). A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 73, 808-815.
- SINFELD, A. (1985). Being out of work. En C. Littler (ed.), *The experience of work* (pp. 190-208). Nueva York: St. Martin's Press.
- SINGER, D. G. y REVENSON, T. A. (1996). *How a child thinks: A Piaget primer* (edición revisada). Nueva York: Plume.

- SINGER, D. G. y SINGER, J. L. (1990). *The house of make believe: Children's play and developing imagination*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- SIQUELAND, E. R. y DELUCÍA, C. A. (1969). Visual reinforcement of nonnutritive sucking in human infants. *Science*, 165, 1144-1146.
- SKINNER, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: The Free Press.
- SKINNER, B. F. (1968). *The technology of teaching*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- SKINNER, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. Nueva York: Knopf.
- SKOLNICK, A. (4 de abril de 1990). It's important, but don't bank on exercise alone to prevent osteoporosis, experts say. *Journal of the American Medical Association*, 263(13), 1751-1752.
- SLADE, P., MACPHERSON, S. A., HUME, A. y MARESH, M. (1993). Expectations, experiences and satisfaction with labour. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 469-483.
- SLAVIN, R. E. (1996). Neverstreaming: Preventing learning disabilities. *Educational Leadership*, 53, 4-7.
- SLOBIN, D. (ed.). (1982). *The cross-cultural study of language acquisition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- SLOBIN, D. I. (julio de 1972). They learn the same way all around the world. *Psychology Today*, pp. 71-74ff.
- SMETANA, J. (1988). Concepts of self and social convention: Adolescents' and parents' reasoning about hypothetical and actual family conflicts. En M. Gunnar y W. Collins (eds.), *Minnesota Symposia on Child Development: vol. 21: Development during the transition to adolescence* (pp. 79-122). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- SMILANSKY, S. (1968). *The effects of sociodramatic play on disadvantaged children: Preschool children*. Nueva York: Wiley.
- SMITH, A. D. y REID, W. J. (1986). Role expectations and attitudes in dual-earner families. *Social Casework*, 67, 394-402.
- SMITH, B. S., RATNER, H. H. y HOBART, C. J. (1987). The role of cuing and organization in children's memory for events. *Journal of Experimental Child Psychology*, 44, 1-24.
- SMITH, C. D. (1994). *The absentee American: Repatriates' perspective on America*. Bayside, NY: Aletheia.
- SMITH, C. D. (1996). *Strangers at home: Essays on the effects of living overseas and coming "home" to a strange land*. Bayside, NY: Aletheia.
- SMITH, C. y LLOYD, B. (1978). Maternal behavior and perceived sex of infant: Revisited. *Child Development*, 49, 1263-1265.
- SMITH, P. K. y DODSWORTH, C. (1978). Social class differences in the fantasy play of preschool children. *Journal of Genetic Psychology*, 133, 183-190.
- SMITH, W. (1987). *Obstetrics, gynecology, & infant mortality*. Nueva York: Facts on File Publications.
- SNOW, C. (1989). Understanding social interaction and language acquisition: Sentences are not enough. En M. Bornstein y J. Bruner (eds.), *Interaction in human development* (pp. 83-104). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- SNOW, C. E. (1993). Families as social contexts for literacy development. En C. Daiute (ed.), *New directions in child development*, (61) (pp. 11-24). San Francisco: Jossey-Bass.
- SNYDER, P. y WAY, A. (enero-febrero de 1979). Alcoholism and the elderly. *Aging Magazine*.
- SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION (1986). Increasing the Social Security retirement age: Older workers in physically demanding occupations or ill health. *Social Security Bulletin*, 49, 5-23.
- SOCIETY FOR RESEARCH AND CHILD DEVELOPMENT (1973). *Ethical standards for research with children*. Chicago: Society for Research and Child Development.
- SOLIS, J. M. ET AL. (1990). Acculturation, access to care, and use of preventive services by Hispanics: Findings from HHANES 1982-1984. *American Journal of Public Health*, 80 (suplemento), 11-19.
- SONENSTEIN, F. L. (1987). Teenage childbearing in all walks of life. *Brandeis Review*, 7(1), 25-28.
- SORENSEN, R. C. (1973). *Adolescent sexuality in contemporary America: Personal values and sexual behavior, ages 13-19*. Nueva York: World.
- SOURCE, J. F. y EMDE, R. N. (1981). Mother's presence is not enough: Effect of emotional availability on infant exploration. *Developmental Psychology*, 17, 737-745.
- SPANIER, G. (1983). Married and unmarried cohabitation in the United States: 1980. *Journal of Marriage and the Family*, 277-288.
- SPANIER, G. y FURSTENBERG, E. (1982). Remarriage after divorce: A longitudinal analysis of well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 709-720.
- SPEARMAN, C. (1904). "General intelligence" objectively determined and measured. *American Journal of Psychology*, 14, 201-293.
- SPEECE, M. W. y BRENT, S. B. (1984). Children's understanding of death: A review of three components of a death concept. *Child Development*, 55, 1671-1686.
- SPELKE, E. S. (1988). The origins of physical knowledge. En L. Weiskrantz (ed.), *Thought without language* (pp. 168-184). Clarendon Press.
- SPENCER, M. B. (1988). Self-concept development. En D. T. Slaughter (ed.), *New Directions for Child Development*, 42. *Black children and poverty: A developmental perspective*. San Francisco: Jossey-Bass.
- SPIRO, M. E. (1954). Is the family universal? The Israeli case. *American Anthropologist*, 56, 839-846.
- SPIRO, M. E. y SPIRO, A. G. (1972). *Children of the kibbutz*. Nueva York: Schocken Books.
- SPITZ, G. y LOGAN, J. (1989). Gender differences in family support: Is there a payoff? *The Gerontologist*, 29, 108-113.
- SPITZ, G. y LOGAN, J. (1990). Sons, daughters, and intergenerational social support. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 420-430.
- SPITZER, M. (1988). Taste acuity in institutionalized and noninstitutionalized elderly men. *Journal of Gerontology*, 43, P71-P74.
- SPORE, D. L., MOR, V., PARRAT, P., HAWES, C. y HIRIS, J. (1997). Inappropriate drug prescriptions for elderly residents of board and care facilities. *American Journal of Public Health*, 87, 404-409.
- SPURLOCK, J. (1984). Black women in the middle years. En G. Bauch y J. Brooks-Gunn (eds.), *Women in midlife* (pp. 245-260). Nueva York: Plenum.
- SROUFE, L. A. (1977). Wariness of strangers and the study of infant development. *Child Development*, 48, 731-746.
- SROUFE, L. A. (1978). Attachment and the roots of competence. *Human Nature*, 1, 50-57.
- SROUFE, L. A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Development*, 56, 1-14.
- SROUFE, L. A. y FLEESON, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. En W. W. Hartup y Z. Rubin (eds.), *Relationships and development* (pp. 51-72). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- SROUFE, L. A., FOX, N. E. y PANEAKE, V. R. (1983). Attachment and dependency in a developmental perspective. *Child Development*, 54, 1615-1627.
- STAGNER, R. (1985). Aging in industry. En J. Birren y K. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed., pp. 789-817). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- STAINES, G., POTTICK, K. y FUDGE, D. (1986). Wives' employment and husbands' attitudes toward work and life. *Journal of Applied Psychology*, 71, 118-128.
- STAMPER, M. J. ET AL. (12 de septiembre de 1991). Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease: Ten-year follow-up from the nurses' health study. *New England Journal of Medicine*, p. 756.
- STANGOR, C. y RUBLE, D. N. (1987). Development of gender role knowledge and gender consistency. *New Directions for Child Development*, 38, 5-22.
- STANTON, H. E. (1981). A therapeutic approach to help children overcome learning difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 14, 220.
- STARFIELD, B. (1992). Child and adolescent health status measures. En R. E. Behrman (ed.), *The Future of Children* (25-39). Los Angeles, CA: Center for the Future of Children of the David and Lucile Packard Foundation.
- STAUB, E. (1971). The use of role playing and induction in children's learning of helping and sharing behavior. *Child Development*, 42, 805-816.
- STECHLER, G. y SHELTON, A. (1982). Prenatal influences on human development. En B. Wolman (ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- STEIN, A. H. y FRIEDRICH, L. K. (1975). Impact of television on children and youth. En E. M. Hetherington (Ed.), *Review of child development* (vol. 5). Chicago: University of Chicago Press.
- STEIN, P. J. (1976). *Single*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- STEIN, Z. A. y SUSSER, M. W. (1976). Prenatal nutrition and mental competence. En Lloyd, Still, J. D. (ed.), *Malnutrition and intellectual development*. Littleton, MA: Publishing Sciences Group.
- STEINBERG, L. (1980). *Understanding families with young adolescents*. Carrboro, NC: Center for Early Adolescents.

- STEINBERG, L. (1981). Transformations in family relations at puberty. *Developmental Psychology*, 17, 833-840.
- STEINBERG, L. (1986). Latchkey children and susceptibility to peer pressure: An ecological analysis. *Developmental Psychology*, 22, 433-439.
- STEINBERG, L. (1987a). Recent research on the family at adolescence: The extent and nature of sex differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 191-198.
- STEINBERG, L. (1987b). Single parents, stepparents, and the susceptibility of adolescents to antisocial peer pressure. *Child Development*, 58, 269-275.
- STEINBERG, L. (1988). Reciprocal relation between parent-child distance and pubertal maturation. *Developmental Psychology*, 24, 122-128.
- STEPHENS, W. N. (1963). *The family in cross-cultural perspective*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- STERNBERG, R. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- STERNBERG, R. J. (1984). Mechanisms of cognitive development: A componential approach. En R. J. Sternberg (ed.), *Mechanisms of cognitive development*. Nueva York: Freeman.
- STERNBERG, R. J. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- STERNBERG, R. J. (1988a). Lessons from the life span: What theorists of intellectual development among children learn from their counterparts studying adults. En E. M. Hetherington, R. N. Lerner y M. Perlmutter (eds.), *Child development* (pp. 259-276). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- STERNBERG, R. J. (1988b). Intellectual development: Psychometric and information processing approaches. En M. H. Bornstein y M. E. Lamb, (eds.), *Developmental psychology: An advanced textbook* (2a. ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- STERNBERG, R. J. (ed.) (1990). *Wisdom: Its nature, origins, and development*. Nueva York: Cambridge University Press.
- STERNBERG, R. J. (ed.) (1982). *Advances in the psychology of human intelligence*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- STERNGLASS, E. J. (1963). Cancer: Relation of prenatal radiation to development of the disease in childhood. *Science*, 140, 1102-1104.
- STEUVE, A. y O'DONNELL, L. (1984). The daughter of aging parents. En G. Baruch y J. Brooks-Gunn (eds.), *Women in midlife* (pp. 203-226). Nueva York: Plenum.
- STEVENS, N. (1995). Gender and adaptation to widowhood in later life. *Ageing and Society*, 15, 37-58.
- STEVENS-LONG, J. y COMMONS, M. L. (1992). *Adult life: Developmental processes* (4a. ed., p. 106). Mountain View, CA: Mayfield.
- STEVENSON, H. W. (diciembre de 1992). Learning from Asian schools. *Scientific American*, pp. 70-76.
- STEVENSON, H., AZUMA, H. y HAKUTA, K. (eds.). (1986). *Child development and education in Japan*. Nueva York: Freeman.
- STEVENSON, H. W., CHEN C. y LEE S. (1993) Mathematics achievement of Chinese, Japanese, and American children: Ten years later. *Science*, 53-58.
- STEWART, R. B., MOBLEY, L. A., VAN TUYL, S. S. y SALVADOR, M. A. (1987). The firstborn's adjustment to the birth of a sibling: A longitudinal assessment. *Child Development*, 58, 341-355.
- STEWART, W. (1977). *A psychosocial study of the formation of the early adult life structure in women*. Tesis doctoral inédita. Columbia University, Nueva York.
- STIFFER, C. A., COULEHAN, C. M. y FISH, M. (1993). Linking employment to attachment: The mediating effects of maternal separation anxiety and interactive behavior. *Child Development*, 64, 1451-1460.
- STIGLER, J. W., LEE, S. y STEVENSON, H. W. (1987). Mathematics classrooms in Japan, Taiwan, and the United States. *Child Development*, 58, 1272-1285.
- STILLION, J. (1985). *Death and the sexes: An examination of differential longevity, attitudes, behaviors, and coping styles*. Washington, DC: Hemisphere.
- STODDART, T. y NIEDERHAUSER, D. (1993). Technology and educational change, *Computers in the Schools*, 9(2-3), 5-14.
- STOEL-GAMMON, C. (1989). Prespeech and early speech development of two late talkers. *First Language*, 9, 207-223.
- STOLLER, E. P. y GIBSON, R. C. (1994). *Worlds of differences: Inequality in the aging experience* (pp. xvii-xxv). Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- STOLLER, E. P. y GIBSON, R. C. (1994). *Worlds of differences: Inequality in the aging experience*, p. 3. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- STONE, L. J., SMITH, H. T. y MURPHY, L. B. (eds.). (1973). *The competent infant: Research and commentary*. Nueva York: Basic Books.
- STONE, R., CAFFERATA, G. y SANGI, J. (1987). Care-givers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27, 616-626.
- STRASSBERG, Z. ET AL. (1994). Spanking in the home and children's subsequent aggression toward kindergarten peers. *Development and Psychopathology*, 6, 445-461.
- STRAYER, F. F. y STRAYER, J. (1976). An ethnological analysis of social agonism-and dominance relations among preschool children. *Child Development*, 47, 980-989.
- STREISSGUTH, A. P. (1997). *Fetal alcohol syndrome: A guide for families and communities*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- STREISSGUTH, A. P., BARR, H. y MACDONALD, M. (1983). Maternal alcohol use and neonatal habituation assessed with the Brazelton scale. *Child Development*, 54, 1109-1118.
- STREISSGUTH, A. P., MARTIN, D. C., BARR, H. M., SANDMAN, B. M., KIRCHNER, G. L. y DARBY, B. L. (1984). Intrauterine alcohol and nicotine exposure: Attention and reaction time in four-year-old children. *Developmental Psychology*, 20, 533-541.
- STREISSGUTH, A. P., SAMPSON, P. D., BARR, H. M., DARBY, B. L. y MARTIN, D. C. (1989). I. Q. at age 4 in relation to maternal alcohol use and smoking during pregnancy. *Developmental Psychology*, 25(1), 3-11.
- STROEVE, M. ET AL. (octubre de 1992). Broken hearts or broken bonds: Love and death in historical perspective. *American Psychologist*, 47(10), 1205-1212.
- STUBER, M. L. (agosto de 1989). Coordination of care for pediatric AIDS. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10(4), 201-204.
- STULL, D. E., BOWMAN, K. y SMERGLIA, V. (julio de 1994). Women in the middle: A myth in the making? *Family Relations*, 43, 317-324.
- STUNKARD, A. J. (1988). Some perspectives on human obesity: Its causes. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 64, 902-923.
- SUBBOTSKY, E. (1994). Early rationality and magical thinking in preschoolers. Space and time. *British Journal of Developmental Psychology*, 12, 97-108.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMSHA) (1997). *Preliminary results from the 1996 National Household Survey on Drug Abuse*. Washington, DC.
- SUGARMAN, S. (diciembre de 1983). Why talk? Comment on Savage-Rumbaugh et al. *Journal of Experimental Psychology*, 112(4), 493-497.
- SUPER, C. M., HERRERA, M. G. y MORA, J. O. (1990). Long-term effects of food supplementation and psychosocial intervention on the physical growth of Colombian infants at risk of malnutrition. *Child Development*, 61, 29-49.
- SUPER, D. E. (1957). *The psychology of careers*. Nueva York: Harper & Brothers.
- SUPER, D. E. (1963). *Career development: Self concept theory*. Nueva York: College Entrance Examination Board.
- SUPER, D. E. (1974). Vocational maturity theory. En D. E. Super (ed.), *Measuring vocational maturity for counseling*. Washington, DC: American Personnel and Guidance Association.
- SUTHERLAND, G. R. y RICHARDS, R. I. (1994). Dynamic mutations. *American Scientists*, 82(2), 157-163.
- SUTTON-SMITH, B. y ROSENBERG, B. G. (1970). *The sibling*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- SWOBODA, M. J. y MILLAR, S. B. (1986). Networking—mentoring: Career strategy of women in academic administration. *Journal of National Association of Women Deans, Administrators, and Counselors*, 49, 8-13.
- SZINOVACZ, M. E. (1998). Grandparents today: A demographic profile. *The Gerontologist*, 38, 37-52.
- T
- TAFT, L. I. y COHEN, H. J. (1967). Neonatal and infant reflexology. En J. Hellmuth (ed.), *The exceptional infant* (vol. 1). Seattle: Special Child Publications.
- TANNER, J. M. (1978). *Foetus into man: Physical growth from conception to maturity*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- TAVERIS, C. (1983). *Anger: The misunderstood emotion*. Nueva York: Simon & Schuster.
- TAYLOR, M., CARTWRIGHT, B. S. y CARLSON, S. M. (1993). A developmental investigation of children's imaginary companions. *Developmental Psychology*, 29(2), 276-285.

- TEALE, W. y SULZBY, T. (1986). *Emergent literacy: Writing and reading*. Norwood, N.J.: Ablex.
- TELLEGEN, A. D. T., LYKKEN, D. T., BOUCHARD, T. J., WILCOX, K., SEGAL, N. L. y RICH, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Social and Personality Psychology*, 59, 1031-1039.
- TELLER, D. y BORNSTEIN, M. (1987). Infant color vision and color perception. En P. Salapatek y L. Cohen (eds.), *Handbook of infant perception* (vol. 1). Nueva York: Academic Press.
- TERMAN, L. M. y MERRILL, M. A. (1960). *Revised Stanford-Binet Intelligence Scale* (2a. ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- TETI, D. M. y ABLARD, K. A. (1989). Security of attachment and infant-sibling relationships: A laboratory study. *Child Development*, 60, 1519-1528.
- TETI, D. M., GELFAND, D. M., MESSINGER, D. S. y ISABELLA, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- THATCHER, R. W., WALKER, R. A. y GUIDICE, S. (1987). Human cerebral hemispheres develop at different rates and ages. *Science*, 236, 110-1113.
- THEILGAARD, A. (1983). Aggression and the XYY personality. *International Journal of Law and Psychiatry*, 6, 413-421.
- THELEN, E. (1987). The role of motor development in developmental psychology: A view of the past and an agenda for the future. En N. Eisenberg (ed.), *Contemporary topics in developmental psychology*. Nueva York: Wiley.
- THELEN, E. (1989). The rediscovery of motor development: Learning new things from an old field. *Developmental Psychology*, 25(6), 946-949.
- THELEN, E. y FOGEL, A. (1989). Toward an action-based theory of infant development. En J. J. Lockman y N. L. Kazen (eds.), *Action in social context: Perspectives on early development* (pp. 23-64). Nueva York: Plenum.
- THOMAE, H. (1980). Personality and adjustment to aging. En J. E. Birren y R. B. Sloane (eds.), *Handbook of mental health and aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- THOMAS, A. y CHESS, S. (1977). *Temperament and development*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- THOMAS, L. E. (1979). Causes of mid-life change from high status careers. *Vocational Guidance Quarterly*, 27, 202-208.
- THOMPSON, A. S. (1977). Notes on career development inventory—adult form. Citado en R. P. Johnson y H. C. Riker (1981), Retirement maturity: A valuable concept for preretirement counselors. *Personnel and Guidance Journal*, 59, 291-295.
- THOMPSON, L. (1991). Family work: Women's sense of fairness. *Journal of Family Issues*, 12(92), 181-196.
- THOMPSON, L. y WALKER, A. J. (1989). Gender in families: Women and men in marriage, work and parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 845-871.
- THOMPSON, R. A. (1990). Vulnerability in research: A developmental perspective on research risk. *Child Development*, 61, 1-16.
- THOMPSON, S. K. (1975). Gender labels and early sex-role development. *Child Development*, 46, 339-347.
- THORNDIKE, E. L. (1911). *Animal intelligence*. Nueva York: Macmillan.
- THORNTON, A. (1989). Changing attitudes toward family issues in the United States. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 873-893.
- THURSHER, M., SPENCE, D. y LOWENTHAL, M. (1974). Value confluence and behavioral conflict in intergenerational relations. *Journal of Marriage and the Family*, 36(2), 308-320.
- THURSTONE, L. L. (1938). Primary mental abilities. *Psychometric Monographs*, núm. 1.
- TIEGER, T. (1980). On the biological basis of sex differences in aggression. *Child Development*, 51, 943-963.
- TIKALSKY, F. D. y WALLACE, S. D. (1988). Culture and the structure of children's fears. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 19(4), 481-492.
- TILGHER, A. (1962). Work through the ages. En S. Nosow y W. H. Form (eds.), *Man, work, and society*. Nueva York: Basic Books.
- TIMIRAS, P. S. (1972). *Developmental physiology and aging*. Nueva York: Macmillan.
- TIMIRAS, P. S. (1978). Biological perspectives on aging. *American Scientist*, 66, 605-613.
- TIMIRAS, P. S. (ed.) (1994). *Physiological basis of aging and geriatrics*. Boca Ratón, FL: CRC Press.
- TIMNICK, L. (3 de septiembre de 1989). Children of violence. *Los Angeles Times Magazine*, 6-12, 14-15.
- TJIAN, R. (1995). Molecular machines that control genes. *Scientific American*, 272(1), 54-61.
- TOBIAS, S. (1989). Tracked to fail. *Psychology Today*, 60 (9), 54-58.
- TOBIN, S. S. (1988). *The unique psychology of the very old: Implications for practice*. Issues in Aging (monografía núm. 4). Chicago: Center for Applied Gerontology.
- TOBIN, S. y LIEBERMAN, M. (1976). *Last home for the aged*. San Francisco: Jossey-Bass.
- TOMASELLO, M., MANNLE, S. y KRUGER, A. C. (1986). Linguistic environment of one- to two-year-old twins. *Developmental Psychology*, 22, 169-176.
- TONNA, E. A. (1977). Aging of skeletal and dental systems and supporting tissue. En C. E. Finch y L. Hayflick (eds.), *Handbook of the biology of aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- TORREY, B. B. (1982). The lengthening of retirement. En M. W. Riley, R. P. Abeles y M. Teitelbaum (eds.), *Aging from birth to death* (vol. 2, pp. 181-195). *Sociotemporal-perspectives*. Boulder, CO: Westview.
- TOUFEXIS, A. (1993). Sex has many accents. *Time*, 24 de mayo de 1993.
- TROLL, L. E. (1980). Grandparenting. En L. W. Poon (ed.), *Aging in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- TROLL, L. E. (1985). *Early and middle adulthood: The best is yet to come—maybe* (2a. ed., p. 38). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- TROLL, L. E. (1989). Myths of midlife: Intergenerational relationships. En S. Hunter y M. Sundel (eds.), *Midlife myths: Issues, findings and practice implications* (p. 213). Newbury Park, CA: Sage.
- TROLL, L. E., MILLER, S. y ATCHLEY, R. C. (1979). *Families of later life*. Belmont, CA: Wadsworth.
- TROLL, L. E., NEUGARTEN, B. L. y KRAINES, R. (1969). Similarities in values and other personality characteristics in college students and their parents. *Merrill-Palmer Quarterly*, 15, 323-336.
- TRONICK, E. Z. (febrero de 1989). Emotions and emotional communication. *American Psychologist*, 44(2), 112-119.
- TSCHANN, J. M., JOHNSTON, J. R. y WALLERSTEIN, J. D. (noviembre de 1989). Resources, stressors, and attachment as predictors of adult adjustment after divorce: A longitudinal study. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 1033-1046.
- TURKINGTON, C. (1987). Special talents. *Psychology Today*, 21(9), 42-46.
- TURNBULL, A. P. y TURNBULL, H. R., III (1990). *Families, professionals and exceptionality: A special partnership* (2a. ed.). Columbus, OH: Merrill.
- TURNBULL, C. M. (1972). *The mountain people*. Nueva York: Simon & Schuster.
- ## ■ U
- UDRY, J. R. (1988). Biological predispositions and social control in adolescent sexual behavior. *American Sociological Review*, 52, 841-855.
- UHLBERG, P., COONEG, T. y BOYD, R. (1990). Divorce for women after midlife. *Journal of Gerontology*, 45(1), 53-61.
- UNITED NATIONS (1991). *Human development report, 1991*. Nueva York: Oxford University Press.
- UNIVERSITY OF MICHIGAN (1997). *The 1997 Monitoring the Future Study*. Ann Arbor, MI.
- U.S. BUREAU OF THE CENSUS (1997). *Statistical abstract of the United States* (117a. ed.). Washington, DC.
- U.S. BUREAU OF THE CENSUS. (1988). *Statistical Analysis of the U.S.: 1988*. Washington, DC: Government Printing Office.
- U.S. BUREAU OF THE CENSUS. (1990). *Current Population Reports*. Series P-25, núms. 519, 917.
- U.S. CENSUS BUREAU (1997). *Statistical abstract of the United States*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE, ECONOMICS AND STATISTICS ADMINISTRATION, BUREAU OF THE CENSUS (septiembre de 1993). *We the American elderly*, p. 7.
- U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE, ECONOMICS AND STATISTICS ADMINISTRATION, BUREAU OF THE CENSUS (noviembre de 1993). *Racial and ethnic diversity of America's elderly population*, pp.1-8.
- U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE. (1987). *Statistical Abstract of the U.S.: 1987*. Washington, DC.
- U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE. (1990). *Statistical Abstract of the U.S.: 1990*. Washington, DC.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (1983). Regulations on the protection of human subjects. *45CFR*, 46, apartados A y D.
- USMIANI, S. y DANILUK, J. (1997). Mothers and their adolescent daughters: Relationship

- between self-esteem, gender role identity, and body image. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 45–62.
- UZGIRIS, I. C. (1984). Imitation in infancy: Its interpersonal aspects. En M. Perlmutter (ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology: vol. 17: Parent-child interaction and parent-child relations*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- **V**
- VACHON, M. (1986). A comparison of the impact of breast cancer and bereavement: Personality, social support, and adaptation. En S. Hobfoll (ed.) *Stress, social support, and women*. Washington, DC: Hemisphere.
- VAILLANT, G. (septiembre de 1977). The climb to maturity: How the best and brightest came of age. *Psychology Today*, p. 34ff.
- VAN BAAL, J. (1966). *Dema: Description and analysis of Marind Anim culture, South New Guinea*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- VANDELL, D. L. y CORASANITI, M. A. (otoño de 1990). Child care and the family: Complex contributions to child development. *New Directions for Child Development*, 49, 23–38.
- VANDELL, D. L. y WILSON, C. S. (1987). Infants' interactions with mother, sibling and peer: Contrasts and relations between interaction systems. *Child Development*, 58, 176–186.
- VASTA, R. (1982). Physical child abuse: A dual-component analysis. *Developmental Review*, 2, 125–149.
- VERMA, I. M. (noviembre de 1990). Gene therapy. *Scientific American*, pp. 68–84.
- VISHER, E. y VISHNER, J. (1983). Stepparenting: Blending families. En H. McCubbin y C. Figley (eds.), *Stress and the family* (vol. 1). Nueva York: Brunner/Mazel.
- VITARO, F., TREMBLAY, R. E., KERR, M., PAGANI, L. y BUKOWSKI, W. M. (1997). Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of development. *Child Development*, 68, 676–689.
- VODA, A. (1982). Menopausal hot flash. En A. Voda, M. Dinnerstein y S. O'Donnell (eds.), *Changing perspectives on menopause*. Austin: University of Texas Press.
- VOGEL, J. M. (1989). *Shifting perspectives on the role of reversal errors in reading disability*. Documento presentado en la reunión de abril de la Society for Research in Child Development, Kansas City.
- VON HOFSTEN, C. (1989). Motor development as the development of systems: comments on the special section. *Developmental Psychology*, 25(6), 950–953.
- VONDRÁ, J. I., BARNETT, D. y CICCHETTI, D. (1990). Self-concept, motivation, and competence among children from maltreating and comparison families. *Child Abuse and Neglect*, 14, 525–540.
- VORHEES, C. y MOLLNOW, E. (1987). Behavioral teratogenesis. En J. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development* (2a. ed.). Nueva York: Wiley.
- VULLIAMY, D. G. (1973). *The newborn child* (3a. ed.). Edinburgo: Churchill Livingstone.
- VYGOTSKY, L. S. (1956). *Selected psychological investigations*. Moscú: Izdstel'sto Akademii Pedagogicheskikh Nauk SSR.
- VYGOTSKY, L. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press (publicado originalmente en 1934).
- VYGOTSKY, L. S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes. En M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner y E. Souberman (eds.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- VYGOTSKY, L. S. (1987). Thinking and speech. En R. W. Rieber y A. S. Carton (eds.) y N. Minick (traductor), *The collected works of L. S. Vygotsky, Vol. 1: Problems of general psychology* (pp. 37–285). Nueva York: Plenum. (Trabajo publicado originalmente en 1934).
- **W**
- WAGNER, R. C. y TORGERSON, J. K. (1987). The nature of phonological processing and its causal role in the acquisition of reading skills. *Psychological Bulletin*, 101, 192–212.
- WAINRYB, C. (1995). Reasoning about social conflicts in different cultures: Druze and Jewish children in Israel. *Child Development*, 66, 390–401.
- WALFORD, R. L. (1983). *Maximum lifespan*. Nueva York: Norton.
- WALKER, L. y WALLSTON, B. (1985). Social adaptation: A review of dual earner family literature. En L. L'Abate (ed.), *The handbook of family psychology and therapy* (pp. 698–740). Homewood, IL: Dorsey.
- WALLACE, P. y GOTLIB, I. (1990). Marital adjustment during the transition to parenthood: Stability and predictors of change. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 21–29.
- WALLERSTEIN, J. y BLAKESLEE, S. (1989). *Second chances: Men, women, and children a decade after divorce*. Ticknor & Fields.
- WALLERSTEIN, J., CORBIN, S. B. y LEWIS, J. M. (1988). Children of divorce: A ten-year study. En E. M. Hetherington y J. Arasteh (eds.), *Impact of divorce, single-parenting, and stepparenting on children*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- WALLIS, C. (10 de septiembre de 1984). The new origins of life. *Time*, pp. 46–50, 52–53.
- WALLS, C. T. (primavera de 1992). The role of the church and family support in the lives of older African Americans. *Generations*, 33–36.
- WALSH, B. T. (1988). Antidepressants and bulimia: Where are we? *International Journal of Eating Disorders*, 7, 421–423.
- WALSH, M. (1997). Women's place in the American labour force, 1870–1995. *The Historical Association* 1997. Malden, MA: Blackwell.
- WARE, N. y STECKLER, N. (1983). Choosing a science major: The experience of women and men. *Women's Studies Quarterly*, 11, 12–15.
- WARE, P. (1992). Anger and occupational well-being. *Psychology and Aging*, 7(1), 37–45.
- WASS, H. y CORR, C. A. (1984). *Childhood and death*. Washington, DC: Hemisphere.
- WATERLOW, J. C. (1994). Causes and mechanisms of linear growth retardation (stunting). *European Journal of Clinical Nutrition*, 48 (suplemento 1), s1–4.
- WATERMAN, A. S. (1985). Identity in the context of adolescent psychology. *New Directions for Child Development*, 30, 5–24.
- WATERS, E. (1978). The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment. *Child Development*, 49, 483–494.
- WATERS, E., WIPPMAN, J. y SROUFE, L. A. (1979). Attachment, positive affect and competence in the peer group: Two studies in construct validation. *Child Development*, 50, 821–829.
- WATKINS, S. C., MENKEN, J. A. y BONGAARTS, J. (1987). Demographic foundations of family change. *American Sociological Review*, 52, 346–358.
- WATSON, A. J. y VALTIN, R. (1997). Secrecy in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 21, 431–452.
- WATSON, G. (1957). Some personality differences in children related to strict or permissive parental discipline. *Journal of Psychology*, 44, 227–249.
- WATSON, J. B. (1919). *Psychology from the standpoint of a behaviorist*. Filadelfia: Lippincott.
- WATSON, J. B. (1925). *Behaviorism*. Nueva York: Norton.
- WATSON, J. B. y RAYNER, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1–14.
- WATSON, J. D. y CRICK, F. H. C. (1953). Molecular structure of nucleic acids. *Nature*, 171, 737–738.
- WATSON, J. S. (1972). Smiling, cooing, and “the game”. *Merrill-Palmer Quarterly*, 18, 323–339.
- WATSON, J. S. y RAMEY, C. T. (1972). Reactions to response-contingent stimulation in early infancy. *Merrill-Palmer Quarterly*, 18, 219–227.
- WATSON-GEEO, K. A. y GEEO, D. W. (1989). The role of sibling interaction in child socialization. En P. Zukow (ed.), *Sibling interaction across cultures: Theoretical and methodological issues*. Nueva York: Springer-Verlag.
- WEBER, R. A., LEVITT, M. J. y CLARK, M. C. (1986). Individual variation in attachment security and strange situation behavior: The role of maternal and infant temperament. *Child Development*, 37, 56–65.
- WECHSLER, D. (1974). *Wechsler Intelligence Scale for Children—Revised*. Nueva York: Psychological Corporation.
- WEG, R. (1983). Changing physiology of aging. En D. W. Woodruff y J. E. Bearon (eds.), *Aging: Scientific perspectives and social issues*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- WEG, R. B. (1989). Sensuality/sexuality of the middle years. En S. Hunter y M. Sundel (eds.), *Midlife myths: Issues, findings, and practice implications* (pp. 31–47). Newbury Park, CA: Sage.
- WEGMAN, M. E. (1990). Annual summary of vital statistics—1989. *Pediatrics*, 86(6), 835–847.
- WEIKART, D. P. ET AL. (1984). *Changed lives: The effects of the Perry Preschool Program on youth through age 19*. Ypsilanti, MI: High/Scope Foundation.

- WEIKART, D. P., ROGERS, L. y ADCOCK, C. (1971). *The cognitively oriented curriculum* (ERIC-NAEYC publicación sobre la educación de la niñez temprana). Urbana: University of Illinois Press.
- WEINBERG, R. A. (1989). Intelligence and IQ: Landmark issues and great debates. *American Psychologist*, 44, 98-104.
- WEINRAUB, M., CLEMENS, L. P., SOCKLOFF, A., ETHRIDGE, T., GRACEY, E. y MYERS, B. (1984). The development of sex role stereotypes in the third year: Relationships to gender labeling, gender identity, sex-typed toy preference and family characteristics. *Child Development*, 55, 1493-1503.
- WEINSTEIN, C. S. (1991). The classroom as a social context for learning. *Annual Review of Psychology*, 42, 493-525.
- WEINSTEIN, G. y ALSCHULER, A. (1985). Educating and counseling for self-knowledge development. *Journal of Counseling and Development*, 4, 19-25.
- WEISFELD, G. E. y BILLINGS, R. L. (1988). Observations on adolescence. En K. B. MacDonald (ed.), *Sociobiological perspectives on human development*. Nueva York: Springer-Verlag.
- WEISMAN, A. D. (1972). *On dying and denying: A psychiatric study of terminality*. Nueva York: Behavioral Publications.
- WEISS, R. S. (1987). On the current state of the American family. *Journal of Family Issues*, 8, 464-467.
- WEITH, M. E. (febrero de 1994). Elder abuse: A national tragedy. *FBI Law Enforcement Bulletin*, pp 24-26.
- WELLES-NYSTROM, B. (primavera de 1988). Parenthood and infancy in Sweden. En R. A. LeVine, P. M. Miller y M. M. West (eds.), *New Directions for Child Development*, 40. *Parental behavior in diverse societies* (pp. 75-78).
- WERNER, E. E. (1979). *Cross-cultural child development*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- WERNER, E. E. (1989a). Children of the garden island. *Scientific American*, 260(4), 106-111.
- WERNER, E. E. (1989b). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- WERNER, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, junio, 81-85.
- WERSHOW, H. J. (ed.). (1981). *Controversial issues in gerontology*. Nueva York: Springer.
- WESTINGHOUSE LEARNING CORPORATION (1969). *The impact of Head Start: An evaluation of the effects of Head Start experience on children's cognitive and affective development*. Columbus: Westinghouse Learning Corporation, Ohio State University.
- WHEELER, D. (1994). Preterm birth prevention. *Journal of Nurse-Midwifery*, 39, 2 (suplemento), 66s-80s.
- WHITBOURNE, S. K. (1986a). *The me I know: A study of adult development*. Nueva York: Springer-Verlag.
- WHITBOURNE, S. K. (1986b). *Adult development* (2a. ed.). Nueva York: Praeger.
- WHITBOURNE, S. K. (1987). Personality development in adulthood and old age: Relationships among identity style, health, and well-being. En K. W. Schaie y C. Eisdorfer (eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (vol. 7). Nueva York: Springer.
- WHITBOURNE, S. K. (20 de febrero de 1991). *Adult development: Life span perspective*. Ponencia presentada en el Human Development Colloquium Series, University of Massachusetts, Amherst.
- WHITE, B. L. (1971). *Human infants: Experience and psychological development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- WHITE, B. L. (1975). *The first three years of life*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- WHITE, B. L. (1988). *Educating the infant and toddler*. Lexington, MA: Lexington Books.
- WHITE, B. L. y HELD, R. (1966). Plasticity of sensorimotor development in the human infant. En J. F. Rosenblith y W. Allinsmith (eds.), *Causes of behavior: Readings in child development and educational psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- WHITE, B. L. y WATTS, J. (1973). *Experience and environment: Major influences on the development of the young child*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- WHITE, K. J. y KISTNER, J. (1992). The influence of teacher feedback on young children's peer preferences and perceptions. *Developmental Psychology*, 28(5), 933-940.
- WHITE, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- WHITEHURST, F. L. ET AL. (1988). Accelerating language development through picture book reading. *Developmental Psychology*, 24, 552-559.
- WHITESIDE, M. F. (1989). Family rituals as a key to kinship connections in remarried families. *Family Relations*, 38, 34-39.
- WHITING, B. B. (ed.). (1963). *Six cultures: Studies of child rearing*. Nueva York: Wiley.
- WHITING, B. B. y EDWARDS, C. P. (1988). *Children of different worlds: The formation of social behavior*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- WHITING, B. B. y WHITING, J. W. M. (1975). *Children of six cultures: A psychocultural analysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- WILDHOLM, O. (1985). Epidemiology of premenstrual tension syndrome and primary dysmenorrhea. En M. Y. Dawood, J. L. McGuire y L. M. Demers (eds.), *Premenstrual syndrome and dysmenorrhea*. Baltimore, MD: Urban and Schwarzenberg.
- WILKIE, J. R., RATCLIFF, K. S. y FERREE, M. M. (noviembre de 1992). Family division of labor and marital satisfaction among two-earner married couples. Documento presentado en la conferencia anual de la National Council on Family Relations, Orlando, FL.
- WILLHERT, J. (1993). Hello, I'm home alone. *Time*, 46-47.
- WILLIAMS, D. R. (1992). Social structure and the health behavior of blacks. En K. W. Schaie, D. Blazer y J. S. House (eds.), *Aging, health behaviors, and health outcomes* (pp. 59-63). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- WILLIAMS, F. (1970). Some preliminaries and prospects. En F. Williams (ed.), *Language and poverty*. Chicago: Markham.
- WILLIAMS, H. G. (1983). *Perceptual and motor development*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- WILLIAMS, J. D. y JACOBY, A. P. (1989). The effects of premarital heterosexual and homosexual experience on dating and marriage desirability. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 489-497.
- WILLIAMS, J. E., BENNETT, S. M. y BEST, D. (1975). Awareness and expression of sex stereotypes in young children. *Developmental Psychology*, 5(2), 635-642.
- WILLIS, S. (1985). Towards an educational psychology of the older adult learner: Intellectual and cognitive bases. En J. Birren y W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed.). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- WILLIS, S. (1990). Introduction to the special section on cognitive training in later adulthood. *Developmental Psychology*, 26, 875-878.
- WILLIS, S. L. (1989). Adult intelligence. En S. Hunter y M. Sundel (eds.), *Midlife myths: Issues, findings, and practice implications* (pp. 97-112). Newbury Park, CA: Sage.
- WILLIS, S. y NESSELROADE, C. (1990). Long-term effects of fluid ability training in old-old age. *Developmental Psychology*, 26, 905-910.
- WILLSON, J. R. (mayo de 1990). Scientific advances, societal trends and the education and practice of obstetrician-gynecologists. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 162(5).
- WILSON, E. O. (1975). *Sociobiology, the new synthesis*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.
- WINCH, R. F. (1958). Citado en B. I. Murstein (1980), Mate selection in the 1970s. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 777-789.
- WINICK, M. y BRASEL, J. A. (1977). Early manipulation and subsequent brain development. *Annals of the Nueva York Academy of Sciences*, 300, 280-282.
- WINN, M. (1983). *The plug-in drug* (2nd ed.). Nueva York: Viking.
- WINNER, E. (1986). Where pelicans kiss seeds. *Psychology Today*, 8, 25-35.
- WINSBOROUGH, H. H. (1980). A demographic approach to the life-cycle. En K. W. Back (ed.), *Life course: Integrative theories and exemplary populations* (pp. 250-282). Washington, DC: American Sociological Association.
- WINSLER, A., DIAZ, R. M. y MONTERO, I. (1997). The role of private speech in the transition from collaborative to independent task performance in young children. *Early Childhood Research Quarterly*, 12, 59-79.
- WITTERS, W. y VENTURELLI, P. (1988). *Drugs and society* (2nd ed.). Boston: Jones & Bartlett.
- WOJAHN, E. (noviembre de 1983). A new wrinkle in retirement policies. *INC.*, 174-178. Boston: INC Publishing Company.
- WOLFE, D. A., WOLFE, V. V. y BEST, C. L. (1988). Child victims of sexual abuse. En V. B. VanHasselt, R. L. Morrison, A. S. Bellack

- y M. Herson (eds.), *Handbook of family violence*. Nueva York: Plenum.
- WOLFENSTEIN, M. (1951). The emergence of fun morality. *Journal of Social Issues*, 7(4), 15-25.
- WOLFENSTEIN, M. (1955). Fun morality: An analysis of recent American child-training literature. En M. Mead y M. Wolfenstein (eds.), *Childhood in contemporary cultures* (pp. 168-178). Chicago: University of Chicago Press.
- WOLFE, P. (1966). The causes, controls, and organization of behavior in the neonate. *Psychological Issues*, 5 (núm. 1, monografía 17).
- WOLFE, P. H. (1969). The natural history of crying and other vocalizations in early infancy. En B. M. Foss (ed.), *Determinants of infant behavior* (vol. 4). Londres: Methuen.
- WOLFE, J., SALTER, A. y REYNA, L. J. (eds.). (1964). *The conditioning therapies: The challenge in psychotherapy*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- WOMEN'S REENTRY PROJECT (1981). *Obtaining a degree: Alternative options for reentry women*. Washington, DC: Project on the Status and Education of Women.
- WOODCOCK, L. P. (1941). *The life and ways of the two-year-old*. Nueva York: Basic Books.
- WORDEN, J. W. (1982). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Nueva York: Springer.
- WRIGHT, B. (1983). *Physical disability: A psychological approach* (2a. ed.). Nueva York: Harper & Row.
- WRIGHT, J. y HUSTON, A. (1983). A matter of form: Potentials of television for young-viewers. *American Psychologist*, 38, 835-843.
- WURTMAN, R. J. (1979). Symposium of choline and related substances in nerve and mental diseases, Tucson, AZ. (Reportaje elaborado por H. M. Schmeck en el *New York Times*, 9 de enero de 1979, p. C1ff.)
- WYATT, P. R. (1985). Chorionic biopsy and increased anxiety. *The Lancet*, 2, 1312-1313.
- WYDEN, B. (7 de diciembre de 1971). Growth: 45 crucial months. *Life*, p. 93ff.
- **Y**
- YANKOLOVICH, D. (1981). *New rules: Searching for self-fulfillment in a world turned upside-down*. Nueva York: Random House.
- YARROW, L. J., RUBENSTEIN, J. L., PEDERSEN, F. A. y JANKOWSKI, J. J. (1972). Dimensions of early stimulation and their differential effects on infant development. *Merrill-Palmer Quarterly*, 18, 205-218.
- YONAS, A. y OWSLEY, C. (1987). Development of visual space perception. En P. Salapatek y L. Cohen (eds.), *Handbook of infant perception* (vol. 2, pp. 80-122). Nueva York: Academic Press.
- YOUCHA, G. (diciembre de 1982). Life before birth. *Science Digest*, 90(12), 46-53.
- YOUNG, D. (1982). *Changing childbirth: Family birth in the hospital*. Rochester, NY: Childbirth Graphics.
- YOUNG, E. W., JENSEN, L. C., OLSEN, J. A. y CUNDICK, B. P. (1991). The effects of family structure on the sexual behavior of adolescents. *Adolescence*, 26(104), 977-986.
- YOUNG, K. T. (1990). American conceptions of infant development from 1955 to 1984: What the experts are telling parents. *Child Development*, 61, 17-28.
- YOUNISS, J. y KETTERLINUS, R. D. (1987). Communication and connectedness in mother and father adolescent relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 265-280.
- **Z**
- ZAHN-WAXLER, C. ET AL. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28(1), 126-136.
- ZAHN-WAXLER, C. y SMITH, K. D. (1992). The development of prosocial behavior. En V. B. Van Hasselt y M. Hersen (eds.), *Handbook of social development: A lifespan perspective* (pp. 229-255). Nueva York: Plenum.
- ZAJONC, R. B. y HALL, E. (febrero de 1986). Mining new gold from old research. *Psychology Today*, pp. 46-51.
- ZAJONC, R. B. y MARKUS, G. B. (1975). Birth order and intellectual development. *Psychological Review*, 82, 74-88.
- ZAPOROZLETS, A. V. y ELKONIN, D. B. (eds.). (1971). *The psychology of preschool children*. Cambridge, MA: MIT Press.
- ZARIT, S. H., ORR, N. K. y ZARIT, J. N. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. Nueva York: New York University Press.
- ZELNICK, M. y KANTNER, J. F. (1977). Sexual and contraceptive experience of young unmarried women in the United States, 1976 and 1971. *Family Planning Perspectives*, 9, 55-71.
- ZESKIND, P. S. y RAMEY, C. T. (1978). Fetal malnutrition: An experimental study of its consequences on infant development in two caregiving environments. *Child Development*, 49, 1155-1162.
- ZILL, N. (1991). U.S. children and their families: Current conditions and recent trends, 1989. *Newsletter of the Society for Research in Child Development*, pp. 1-3.
- ZIMMERMAN, M. A., COPELAND, L. A., SHOPE, J. T. y DIELMAN, T. E. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 117-140.
- ZURAVIN, S. (1985). Housing and maltreatment: Is there a connection? *Children Today*, 14(6), 8-13.

Créditos de fotografías

■ CAPÍTULO 1

35 Wayne Behling, con permiso de Judith Behling Ford 38 Benjamin Harris, Ph.D

■ CAPÍTULO 2

54 Photo Lennart Nilsson/Albert Bonniers Forlagen AB

■ CAPÍTULO 3

106 Nina Leen/Life Magazine, Time Warner, Inc.

■ CAPÍTULO 4

145 Monkmeyer Press 149 Scientific American

■ CAPÍTULO 5

172 (izquierda) Nina Leen/Stuart Kenter Associates 172 (derecha) Harlow Primate Laboratory, University of Wisconsin

■ CAPÍTULO 6

205 Scott Camazine/ Photo Researchers, Inc.
206 Scott Camazine/ Photo Researchers, Inc.

■ CAPÍTULO 18

616 Richard Sheinwald/ AP/Wide World Photos

Agradecemos al señor Fernando Sánchez Jiménez por las ilustraciones de las páginas 68 y 89.

Índice

■ A

- Ablard, K. A., 250
 Abler, R. M., 356
 Abortos, 51
 desnutrición y, 58
 espontáneo, 51, 61
 y madres adolescentes, 56-57
 Abramovitch, R., 249
 Absolutismo moral, 317
 Abuelos, 185-186, 524-525, 590
 roles de los, 525
 Abuso sexual, 328, 361-362
 Academia Estadounidense de
 Pediatria (American
 Academy of
 Pediatrics), 66
 Aceptación de riesgos, 392-393
 Ácido
 desoxirribonucleico (ADN),
 88-89, 100, 562
 ribonucleico (ARN), 89
 Acomodación, 35, 146, 579-580
 Acontecimientos
 idiosincrásicos, 411
 normativos, 411, 513
 Aculturación, 109-114
 Achenbach y otros, 248
 Achenbach, T. M., 280
 Adams, B. B., 451
 Adams, D., 434
 Adams, R. G., 526
 Adamson, L. B., 188
 Adaptabilidad, en la familia,
 385
 Adaptación, 146
 Adelson, J. B., 386, 388
 Adicción al alcohol, 103
 ADN (ácido desoxirribonu-
 cleico), 88-89, 100,
 562
 daño del, y envejecimiento,
 562
 sintético (cepas sintéticas
 del), 100
 Adolescencia, 345-407
 abandono del hogar en la,
 385
 abuso de drogas en la,
 394-398
 aceptación de riesgos en la,
 392-393
 actitudes y conducta sexua-
 les en la, 355-364
 amistades durante la,
 386-391
 autoconocimiento (autocon-
 cepto) en la, 108-109
 conductas de afrontamiento
 en la, 402-403
 conflicto familiar y, 377-379
 contemporánea, 346-347
 crecimiento físico en la,
 348-350
 delincuencia en la, 398-399
 depresión en la, 399-402
 desarrollo cognoscitivo en
 la, 364-370
 desarrollo físico en la,
 348-355
 diferencias entre hombres
 y mujeres en la, 256-
 257
 estrés en la, 399-403
 examen del mundo y de la
 familia durante la,
 368-369
 formación de identidad en
 la, 379-382
 homosexualidad y, 357-358
 independencia e interdepen-
 dencia en la, 377-379
 noviazgo en la, 387-389
 pensamiento abstracto en la,
 365-366
 perspectivas históricas sobre
 la, 12-14
 presiones de los padres en
 la, 376
 procesamiento de informa-
 ción en la, 366-368
 relaciones con los compañe-
 ros en la, 386-391
 tareas del desarrollo en la,
 377-382
 Adolescentes
 abuso sexual contra, 361-362
 hindúes, 390-391
 repatriados, 391
 transición de los, 519-520
 Adolph, K. E., 135
 Adultez, 14-15
 Adultos solteros (soltería), 454
 Afecto, 244
 Aflicción, 244
 después del divorcio,
 529-530. *Vea también*
 Duelo
 Afroamericanos
 anemia drepanocítica y, 95
 autoimagen del adolescente
 en, 403
 envejecimiento y, 585
 éxito en la escuela de,
 301-302
 homicidio(s) entre los, 416,
 493
 inglés negro y, 225-226
 mujeres de edad madura,
 518
 progenitores solteros entre
 los, 321, 324-325,
 459-460
 SIDA y, como minoría,
 621-613
 síndrome de alcoholismo
 fetal y, 62
 Afrontamiento
 conductas de, en el adoles-
 cente, 402-403
 estilos de, 582-583
 Agresión, 247-250
 aprendizaje de la, en el niño,
 30-32
 e impopularidad, 254
 hostil, 247
 instrumental, 247
 popularidad y, 336
 televisión y, 27-28, 249
 Agrupamiento independiente,
 89
 Ainsworth, M. D., 23, 101, 169,
 170, 171, 173, 175-176,
 177, 179
 Aislamiento, 329
 Aizenberg, R., 593
 Alan Guttmacher Institute, 362
 Alcance guiado por la vista,
 134-135
 Alcoholismo
 heredabilidad del, 103
 maltrato del niño y, 329
 Aldous, J., 454, 455
 Alegría, 244
 Alejamiento, 243
 Alelos, 90, 91
 Alessandri, S. M., 324
 Alianzas familiares, 384
 Almacenamiento sensorial,
 564-565
 Almo, H. S., 453
 Aloise, P. A., 259
 Alpert, J. L., 519
 Alpert-Gillis, L. J., 314
 Alsop, R., 588
 Altruismo, 250-251
 Alvarado y otros, 609
 Allen, M., 53
 Allen, P. A., 556
 Allgaier, A., 72
 Allison, K. R., 403
 Amato, P. R., 326
 Ambidiestros, 206
 Ambiente, 104-118
 aprendizaje social y, 108-109
 de mínima restricción, 303
 efecto del, en generaciones y
 cohortes, 114-118
 envejecimiento y, 561
 herencia frente a, 7-8
 influencias
 ambientales de la especie,
 87
 ambientales individuales,
 87-88
 sociales y, 114-118
 lo menos restrictivo, 303
 obesidad y, 279-280
 prenatal, 52-65
 procesos de aprendizaje
 básico y, 104-108
 socialización, aculturación y,
 109-114
Americans View Their Mental
Health, 585
 Ames, L. B., 207
 Amistad(es)
 de grupo, 334-336
 del adolescente, 386-387,
 389-391
 disputas y, 259-260
 en el trabajo, 447
 en la madurez, 525-527

- en la niñez media, 332-334
 en la niñez temprana, 259
 en la vejez, 593-595
 funciones de la, 333-334
 imaginarias, 255
 unilateral, 334
 Amniocentesis, 97, 98, 119, 417
 Amor, 444, 445
 niños resistentes y, 117,
 teoría triangular del, 449-450
 Análisis de sangre materna, 97
 Ancianismo, 545-548
 Ancianos débiles, 552, 596-597
 Andamiaje, 179, 320-321
 Andersson, B-E, 193, 194
 Andrógenos, 349, 489
 Androginia, 261-262
 Anemia drepanocítica, 91, 99-
 98, 100
 Anfetaminas, 63
 Angier, N., 594, 596
 Angst, J., 267
 Animismo, 211
 Anorexia nerviosa, 352, 353,
 402
 Anormalidades
 autosómicas, 94, 95
 ligadas al sexo, 92-94
 Anovulatorio, 351
 Anoxia, 63, 69, 73-74
 Ansiedad
 enfrentamiento de la, 241-242
 ante la muerte, 608-610
 ante los extraños y ante la
 separación, 173-174
 de castración, 19
 definición de, 240
 e insomnio, 555
 en la niñez temprana,
 240-243
 formación de identidad y,
 381
 moral como defensa contra
 la, 316
 Anthony, E. J., 117
 Anticonceptivos
 orales y defectos congéni-
 tos, 62
 uso de, por adolescentes,
 363
 Antill, J. K., 474
 Apego, 79-80
 calidad del, 175-181
 comunicación emocional y,
 171-173
 cuidado diurno y, 195
 definición del, 79, 169
 diálogos y, 177-179
 efectos de la separación en
 el, 173-175
 hermanos y, 266-267
 impronta y, 172
 inseguro, 176
 múltiple frente a exclusivo,
 179-180
 proceso del, 169-171
 seguro, 175-176
 Apertura a la(s) experiencia(s),
 582
 Apgar, V., 70
 Apnea, 134, 555
 Apodos, 337
 Apoplejías, 497, 567, 569
 Apoyo social
 para viudos y viudas,
 592-593
 y duelo, 620
 Aprendizaje. Vea también
 Educación; Escuela
 aprestamiento para el, 9
 conceptos de género y,
 261-262
 condicionamiento y, 29
 durante toda la vida,
 296-297
 en la niñez temprana,
 209-210
 en neonatos, 127-129
 habilidades motoras y,
 209-210
 maduración y, 8
 periodos críticos del, 9
 por observación, 104
 procesos básicos del,
 104-108
 social, teorías del, 108-109,
 313
 Aprestamiento, 9, 209
 educación y, 283
 Aproximaciones sucesivas, 107
 Apter, T, 517
 Aquiescencia, 244
 Aquilino, W. S. 520, 593
 Arai, H., 360
 Archer, S. L., 382
 Arend, R. A., 176
 Aries, P., 10, 11, 623
 Armstrong, T., 306
 ARN (ácido ribonucleico), 89
 Arnason, L., 259
 Artritis reumatoide, 562
 Asertividad, 247
 Asher, S. R., 252, 253, 254, 255,
 334, 336
 Asiáticos, 429
 aprovechamiento académico
 de los, 293
 éxito en las matemáticas y,
 298
 y enfermedad cardiovascu-
 lar, 559
 Asilos, 546, 551, 597
 Asimilación, 146, 579-580
 teoría piagetana de la, 35
 Aslin, R. N., 55, 141, 142
 Asociación de Abogados
 Especiales Asignados
 al Tribunal
 Nacional (National
 Court Appointed
 Special Advocate
 Association, CASA),
 66
 Asociación Estadounidense de
 Jubilados (American
 Association of
 Retired Persons,
 AARP), 546, 600
 Asociación Estadounidense
 de Mujeres Universi-
 tarias (American
 Association of Uni-
 versity Women), 403
 Asociación Estadounidense
 para las Deficiencias
 Mentales (American
 Association on
 Mental Deficiency),
 302
 Asociación Médica Estado-
 unidense (American
 Medical Association,
 AMA), 617
 Asociación para la Investiga-
 ción del Desarrollo
 Infantil (Society for
 Research in Child
 Development), 39
 Asociación Psicológica
 Estadounidense
 (American Psycho-
 logical Association,
 APA), 25, 38
 Asociación Psiquiátrica
 Estadounidense
 (American
 Psychiatric
 Association), 302
 Aspecto físico
 conciencia del, en la niñez
 temprana, 258
 en la vejez, 554, 556
 Asso, D., 488, 489
 Astin, A. W., 465
 Astley, S. J., 62
 Ataques isquémicos transito-
 rios, 570
 Atchley, R. C., 588
 Atenazar, 136
 Atención, 209, 261
 médica en casa, 615
 médica prenatal, 58
 Aterosclerosis, 559, 570
 Athey, I. J., 230
 Atkeson, B. M., 487
 Atkinson, R. C., 218
 Atwater, 390
 Audición
 en la vejez, 556
 en los infantes, 143-144
 prenatal, 53, 55
 Audiencia imaginaria, 369
 Autoayuda, 599-600
 Autoconcepto
 biología y, 7
 elección de carrera y, 464
 en infantes, 190-192
 en la juventud, 426-427,
 443-448
 en la niñez media, 313-315
 en la niñez temprana,
 258-259
 en vejez, 582, 600
 habilidades motoras y, 277
 juego y, 230-231
 socialización y, 108-109
 Autodefinition, 380
 Autodirección ocupacional,
 505
 Autoestima
 aceptación de riesgos y,
 392-393
 de los padres, 456
 divorcio y, 530
 en la juventud, 444-445
 en la niñez media 314-315
 en las mujeres que trabajan,
 472
 éxito y, 297-298, 314-315
 grupos de compañeros y,
 388-389
 pérdida del empleo y, 536
 resistencia y, 323-324
 Autoimagen, 600
 Automaticidad, 207-208, 504
 Autonomía
 de pacientes desahuciados,
 614-615
 del adolescente, 378-379
 en infantes, 188-190
 en la niñez temprana, 239
 frente a vergüenza y duda,
 22
 vinculación y, 245-246
 Autorrealización, 444-445
 Autorregulación, 243-244
 apego y, 170-171
 crianza óptima para la,
 320-321
 disciplina y, 267-269
 en el adolescente, 379-380
 en la niñez temprana,
 258-259
 Autosocialización, 261
 Autosomas, 89
 Autosupervisión, 337

■ B

- Babladelis, G., 546
 Baby Boomers (generación de
 la Posguerra), 378
 como generación empare-
 rado, 413
 jubilación (o retiro) de los,
 589
 Bacteria, 60
 Bachman, D. L., 555
 Baillargeon, R., 150
 Baird y Sadornick, 57
 Bakeman, R., 188
 Baker, B. L., 106
 Balaschke, T., 560

- Balbuceo, 156-158
 Baldwin, B. A., 346
 Baltes, M. M., 583
 Baltes, P. B., 109, 114, 505, 564, 565, 566, 567, 572
 Bandura, A., 31-32, 108, 114, 265
 Bankoff, E., 620
 Banks, M., 141
 Barbero, G., 180
 Barer, B., M., 590, 592
 Barker, R. G., 248
 Barnes, D. M., 93
 Barnes, H. L., 385
 Barnett, R. C., 184, 472
 Barnett, R., 474
 Barnett, y otros, 516
 Barnewolt, D., 517
 Baron, J., 464
 Baron, N. S., 156
 Barr, H., 64
 Bartecchi, C., 495, 496
 Bartoshuk, L., 556, 557
 Baruch, G. K., 184, 472
 Baruch, G., 473, 485, 517
 Basic Behavioral Science Task Force, 117
 Bass, D., 591
 Bassuk, E. L., 461
 Bateman, D., 65
 Bateson, G., 231
 Bauer, P. J., 220
 Baum, C., 62
 Baumrind, D., 263, 264, 265, 317, 381, 383
 Baydar, N., 195
 Beal, C. R., 224
 Bearon, L., 584
 Beck, M., 51
 Becker, Ernest, 610
 Becker, J., 217
 Becker, M., 590
 Becker, P. M., 555
 Becker, W. C., 263
 Beckman, K., 521
 Beckwith, L., 76
 Beeghly, M., 180, 191
 Behrman, R. E., 96
 Belsky, J., 171, 177, 195
 Bell, S. M., 179
 Beller, F., 47, 49, 50
 Bellugi, U., 155, 222
 Bem, D. J., 257
 Bender, B. G., 153
 Benedek, T., 456
 Bengtson, V. L., 525
 Benin, M. H., 384
 Bennett, N., 249
 Bennett, S. C., 75
 Bennett, S. M., 257
 Bense, R. T., 14
 Bentle, L., 58
 Bentler, P. M., 398
 Berardo, D., 474
 Bergmann, B., 474
 Berk, L. E., 224, 253, 474
 Berke, L. E., 153
 Berkowitz, H., 515
 Berlin, L. J., 180
 Bernal, M. E., 338
 Bernard, J., 528
 Berndt, T. J., 386
 Berndt, T., 333, 388
 Bernhard, L. A., 490
 Bernieri, F., 103
 Beroff, J., 445
 Berry, C., 187, 251
 Best, C. L., 361
 Best, D., 257
 Betzold, 617
 Bielby, W., 464
 Bien, naturaleza del, 20
 Bifenilos policlorados (BPC), 63
 Bilingüismo, 226-227
 Billings, R. L., 354
 Binet, A., 290
 Birch, R., 151
 Birchler, G. R., 454-455
 Birkel, R., 591, 597
 Birnbaum, H. G., 615
 Birren, Birren, 614
 Birren, J. E., 412, 487, 553, 564
 Bisexuales, 420-421
 Bisnietos, 590
 Bittle, M., 187, 251
 Bjorklund, D. F., 286
 Blaese, R. M., 98
 Blakeslee, S., 530
 Blástula, 50
 Blehar, M. C., 170, 171, 173, 177
 Bliesner, R., 526, 590
 Block, J., 588
 Bloom, F. E., 137, 205
 Bloom, L., 154, 159, 162-163
 Blumstein, P., 421, 453
 Blyth, D., 354
 Boccia, M., 174
 Bodwell, C. E., 58
 Boll, E. S., 266
 Bolton, F. G., 362
 Bonjour, J. P., 490
 Book, B. K., 383
 Booth, K., 324
 Borke, H., 230
 Bornstein, M. H., 141, 142, 147, 177
 Bornstein, O'Reilly, 147
 Borton, R. W., 144
 Borton, R., 148
 Bossard, J. H. S., 266
 Botvin, G. J., 397
 Botwinick, J., 503, 557
 Bouchard, C., 348
 Bouchard, T. L., hijo, 292
 Boudreau, J. P., 131, 136
 Boulton, M., 229
 Bowen, R., 369
 Bower, B., 148, 267
 Bower, T. G. R., 149
 Bowlby, J., 101, 171, 175
 Boyd, J. H., 518
 Brackbill, Y., 63, 354
 Bradshaw, J., 207
 Braine, M. D. S., 160
 Brassard, M. R., 328, 329, 361
 Bratcher, W., 464
 Bray, D. W., 469
 Brazelton, T. B., 144
 Brecha generacional, 377-378
 Brehm, S., 449
 Brenner, A., 324
 Breskamp, L. A., 447
 Bretherton, I., 171, 174, 176
 Bridger, W. H., 144
 Briggs, G. C., 64
 Brightman, A. J., 106
 Broberg, A., 193
 Brockelhurst, 569
 Brody, E., 521, 522, 523, 524, 597
 Brody, J., 487, 494
 Brody, S. J., 597
 Broman, S., 71
 Bronfenbrenner, U., 31, 110-112, 254, 444
 Bronson, W., 173
 Brooks, J., 241
 Brooks, R. H., II, 388
 Brooks, R. L., 156
 Brooks-Gunn, J., 191, 195, 292, 297, 324, 355, 356, 361, 362, 364, 485, 517
 Brophy, J., 296
 Broughton, J., 159
 Brown, A. L., 219
 Brown, B. B., 337, 388, 389
 Brown, D. L., 300
 Brown, E., 231
 Brown, J. L., 204
 Brown, J., 225
 Brown, R., 160, 162, 221
 Brownell, C. A., 190
 Brownlee, J. R., 383
 Bruck, M., 305
 Bruner, J. S., 35, 128, 134, 158, 179, 283, 284
 Bruner, J., 152, 217, 223
 Bruschweiler-Stern, N., 46
 Bryan, J. H., 251
 Buchanan, C. M., 350
 Buchoff, R., 305
 Buchsbaum, H. K., 246
 Buis, J. M., 369
 Buka, S., 64, 65
 Bukowski, W. M., 336
 Bukowsky, W. M., 399
 Bulcroft, A. R., 354
 Bulimia nerviosa, 352, 353, 402
 Bulterys, M. G., 134
 Burgess, R. L., 328
 Buri, J. R., 265
 Buriel, R., 114
 Burkhauser, R. V., 550, 587, 589
 Burnside, I. M., 549, 550, 581, 591, 592
 Burton, L., 115
 Busch, J. W., 469
 Bushnell, E., 131, 136
 Bushwall, S. J., 385
 Buskirk, E. R., 415
 Bussey, K., 259, 268
 Butler, 610
 Butterfield, P., 158
- C
- Cafferata, G., 131
 Cairns, R. B., 252
 Cajas de Skinner, 106
 Calcio, 559
 pérdida de, 557
 Calidad del modelo de maternidad, 196
 Calidez de los padres, 262-263
 Calostro, 79
 Calvicie, 94
 Callahan, J., 598
 Camara, K. A., 327, 460
 Cambio social, sueños de las mujeres y, 434
 Cambios en la piel, 554, 556
 Camerer, E., 259
 Campbell, M., 305
 Campbell y Charness, 565
 Campos, J. J., 143, 158, 174
 Cáncer, 494, 497
 Capelli, C. A., 26
 Card, J. J., 364
 Cariotipos, 89
 Carlo, G., 317
 Carlson, C. I., 113
 Carlson, S. M., 255
 Carmichael, E., 622
 Carpenter, G., 141
 Carrera. Vea también
 Jubilación
 adolescencia y, 382
 cambio de, 469-470, 534-538
 ciclo ocupacional en la, 461-470
 de mujeres, 433-434
 elección y preparación para la, 462-465
 en la madurez, 533-538
 etapas de, 461-462
 familia, 431, 433
 género y, 471-475
 influencia de la familia en la elección de la, 464
 iniciación en la, 465, 467-470
 lealtad y compromiso con la, 469
 obsolescencia y, 505-506
 reevaluación en, 534-535
 sexo, raza en la, 463-464
 vejez y, 585-589
 yo como trabajador en la, 446-448
 Carriger, M. S., 190
 Carta de derecho a una muerte digna, 618, 619
 Carter, B., 458
 Carter, D. B., 260

- Cartwright, B. S., 255
Case, R., 286
Casper y otros, 1987, 1988, 26
Casp, I., 346
Caspi, A., 115, 244
Cassidy, D. J., 219
Cassidy, J., 177, 180
Castigo, 106-107. *Vea también*
 Disciplina
 negativo, 107
 positivo, 107
 temor y ansiedad y, 240
 y agresión, 248
 y maltrato del niño, 328
Cataratas, 556
Catarsis, 249
Categorías. *Vea también*
 Estereotipos
 perceptuales, 151-152
Categorización de objetos,
 159-160
Causa y efecto, 28-29
Causalidad frente a correlación,
 27-28
CD-ROM (discos compactos
ROM), 300
Cebus, R., 314
Células gliales, 205
Células grasas, 559
Centers, R., 451
Centración, 213
Center for Living with Dying,
 612
Centro(s)
 de cuidado diurno, 193-196
 adaptación a los, 196
 apego y, 179-180
 del infante, 194-196
 ecología social del, 193
 para los ancianos, 597-598
 posición económica y, 195
 reforma de la asistencia
 pública y, 461
 de gravedad, 204-205
 de nacimiento, 41-72
Centro Nacional de
 Investigación en
 Enfermería (National
 Center for Nursing
 Research), 557
Cesáreas, 72, 73, 74-75
CI de desviación, 290-291
Ciclo ocupacional, 461-470
Ciclo vital, 4-5
Cigoto, 49
Cirugía relacionada con ataques
 epilépticos,
 205-206
Clamidia tracomatis, 422
Clark, E. V., 159, 160
Clark, J. E., 207
Clark, K., 13
Clark, M. C., 179
Clark, R., 179
Clarke, S. C., 458, 528
Clarke-Stewart, K. A., 177, 179,
 194
Clarkson, M. G., 149
Clarren, S. K., 62
Clasen, D. R., 337
Clausen, J. A., 443, 484, 485
Cleiren, M., 622
Clemens, L. P., 256-257
Clifton, R. K., 149
Climaterio, 487-490
Clingempeel, G., 533
Clonación, 98-99
Cocaína
 efectos de la, en el feto, 63,
 64-65
 juicio legal o tratamiento a
 las madres que consumen,
 66
 y adolescentes, 398
Cociente intelectual (CI), 24
 de desviación, 290-291
 distribución del, 291
 educación y, 26-27
 orden de nacimiento y, 267
 y la escala Stanford-Binet,
 290
 y tamaño de la familia, 267
Codificación, 34
Codominancia, 91
Coe, R., 587
Cognición
 cambios funcionales en la,
 506-507
 definición, 145
 en teorías del desarrollo,
 32-36
 social, 34, 315-316
 teoría del desarrollo cognos-
 citivo, 34-36
 teoría del procesamiento de
 la información sobre
 la, 33-34
 y teoría del procesamiento
 de información,
 33-34
Cohabitación o unión libre,
 452-453
Cohen, D., 570
Cohen, H. J., 127
Cohen, J. S., 100
Cohen, L. B., 149
Cohen, N., 74, 75
Cohen, S. W., 76
Cohen, S., 622
Cohesión familiar, 384-385
Cohler, B. J., 117
Cohorte, 114-118, 502
Coie, J. D., 336
Colapso
 del cuidador, 552
 laboral, 535, 536-538
Colby, A., 317
Cole, S., 455
Coleman, F. W., 624
Coleman, M., 528, 533
Coleman, W. S., 624
Coles, R., 16
Coley, R. L., 362, 363
Collmer, C., 329, 330, 331
Comber, L. C., 298
Comfort, A., 593
Commons, M. L., 422
Compañeros. *Vea también*
 Amistades
 como figuras de apego, 180
 en la adolescencia, 386-391
 en la niñez media, 331-339
 en la niñez temprana, 252-
 255
 imaginarios, 255
 influencia del adolescente
 en los, 390-391
 rol de, en la niñez temprana,
 231-232
 y socialización, 252-255
Comparación social, 386-387,
 584
Compas, B. E., 297
Competencia(s)
 para el aprendizaje, 246-247
 social, 386
 y dominio, 246
 y motivación, 209-210
Complejo
 de Edipo, 19
 de Electra, 19
Complete Home Medical
 Guide, 61
Componentes del desempeño,
 367
Comprensión de secuencias,
 220-221
Compromiso(s)
 con la carrera, 469
 en el amor, 449-450
 en la juventud, 425
 y cohabitación, 451, 452-453
Comunicación
 calidad de la, en familia, 385
 entre generaciones, 383-384
 no verbal, 158
 simbólica, 287
 social, 158
Comunidades de jubilados,
 599
Concepción, 47, 49-50
Conceptos y reglas sociales,
 259-260
Conciencia, 17
Condicionamiento, 29, 38,
 104-106
 clásico, 38, 104-106, 161-162,
 251-252
 en el aprendizaje del len-
 guaje, 161-162
 operante, 104, 106-108
 y conducta prosocial, 251-
 252
Condiciones
 de valor, 445
económicas. *Vea también*
 Posición socioeco-
 nómica
 adolescencia y, 13
 de madres solteras, 458-
 460
 de pretérmino, 75
 en la vejez, 586-587
 envejecimiento de la
 población estadouni-
 dense y, 594-596
Física
 en la juventud, 414-417
 en la niñez media, 280
 en la vejez, 571
Conducta(s)
 criminal, 103
 de autoconsuelo, 187
 edad y, 252
 en la escuela, 296
 encubierta frente a mani-
 fiesta, 28
 heredabilidad de la, 100, 104
 instrumental, 30
 manifiesta, 28
 motivada extrínsecamente,
 210
 motivada intrínsecamente,
 209-210
 prosocial, 189-190
 en la niñez temprana, 251-
 252
 televisión y, 249
 relacionada con el género,
 256-257
 tipificada según el género,
 267
Conductismo, 20
 cognoscitivo, 32-36
 radical, 28
 teoría del aprendizaje y,
 30, 31
Conexión
 autonomía y, 245-246
 hermanos y, 266
Confiabilidad de las pruebas,
 24
Confianza
 en la infancia, 186-187
 frente a desconfianza, 22
Conflicto(s)
 amistad, 333
 en el desarrollo, 239-245,
 245-247
 Conflicto o tensión de roles,
 517
 Conflictos del desarrollo, 239-
 245, 245-247
Conformidad, 335, 336-338
Conger, R. D., 328, 354
Connell, J. P., 314-315
Connelly, B., 400, 402
Conner, E. M., 62
Conocimiento(s), 504-505

- componentes para la adquisición (almacenamiento) de, 367
 declarativo, 504
 factual, 566-567, 568
 procedimental, 504
 sabiduría y, 566-567, 568
 Consecución (adquisición) de la identidad, 380, 381
 Consejería genética, 94, 96-98
 Consentimiento informado, 39
 Conservación de la masa, 214-216
 Consideración positiva incondicional, 445
 Constancia
 de género, 260-261
 en la disciplina, 268
 Consumidores de diversas drogas, 65
 Consumo
 de alcohol
 adolescentes y, 396-397
 efectos en el feto del consumo materno de alcohol, 62, 64
 en la vejez, 571
 y abuso de sustancias
 efectos en el feto del consumo materno de sustancias, 62-65
 en la adolescencia, 394-398
 maltrato del niño y, 329
 medicamentos de patente, 559-560
 síndrome de muerte repentina de infantes y, 134
 Contaminantes
 efectos de los, en el feto, 63
 Contenido del lenguaje, 154
 Contexto, 152-153
 definición de, 5
 desarrollo cognoscitivo del infante y, lenguaje y, 224-225
 social, desarrollo cognoscitivo y, 152-153
 Contextualismo del ciclo vital, 566-567, 568
 Contingencias, 29
 Continuidad, 581
 Contracciones de Braxton-Hicks, 66
 Control de los padres, 262
 Cónyuges. *Vea también* Familias; matrimonio
 cuidado de, enfermos, 590-591
 pérdida de, 591-593
 Cook, M., 151
 Cooper, C. R., 113, 385
 Cooperación, 252
 Coplan, R. J., 334, 337
 Corasaniti, M. A., 194
 Corazón, 557-558
 Corbin, S. B., 326
 Cordón umbilical, 51
 Corea de Huntington, 95
 Coren, S., 207
 Corr, C. A., 624
 Corregulación, 320
 Correlación, 27-28
 negativa, 27
 positiva, 27
 Corsaro, W. A., 333
 Corter, C., 76
 Corteza, 205-206
 Costa, A., 296, 297
 Costa, F. M., 360
 Costa, P. T., 581-582, 611
 Costa, P. T., hijo, 494
 Coster, G., 172
 Costiloe, J. P., 58
 Costin, S. E., 259
 Cot, J. E., 380
 Cottin, S., 474
 Coulehan, C. M., 196
 Council of Economic Advisers, 462, 471
 Council on Scientific Affairs, 500
 Cowan, C. P., 455
 Cowan, P. A., 455
 Cox, G. I., 286
 Cox, M. J., 185
 Cox, M., 326, 327, 528
 Cox, R., 326, 327, 528
 Crack, 398
 Craig, G. J., 246
 Craik, F. I. M., 565
 Crapo, L. M., 494
 Crapo, L., 415
 Cratty, B. J., 205, 206, 207, 208, 276
 Craven, R. G., 314
 Creatividad, 227, 390
 Crianza, 186-187, 454-461
 afrontamiento de las etapas del desarrollo del niño en la, 456-458
 ajuste a la, 77-79, 455-456
 andamiaje en la, 320-321
 androginia y, 261-262
 apego y, 79-80
 del niño
 androginia y, 261-262
 lenguaje usado en la, 225
 perspectivas históricas sobre la, 11-12
 de progenitor soltero, 321, 324-325, 458-461
 disciplina y, 189, 267-269
 edad y, 456, 457
 elección de carrera del hijo y, 463-464
 estilos de, 262-266, 383
 infantes de alto riesgo y, 76
 negociación de metas en la, 265-266
 niñez media y, 320-321
 niños difíciles y, 456
 óptima, 320-321
 prematurados y, 75-76
 tradicional, 265
 Crick, N. R., 336
 Crisis
 de identidad, 380
 de madurez, 484-486
 hombres en la, 516
 Criterios de Harvard para definir la muerte, 617-618
 Crits-Christoph, P., 474
 Crnic, L. S., 58
 Crockenberg, S., 179, 456
 Crockett, W. H., 546
 Cromosoma(s), 89
 adicional o faltante, 92, 93
 faltante o adicional, 92, 93
 ruptura de, 93
 sexuales, 89
 Crosby, W., 58
 Crosler, 320
 Cross, K. P., 505
 Crouter, A. C., 474
 Cruickshank, W. M., 306
 Csikszentmihalyi, M., 386
 Cuáqueros, 599
 Cuerpo calloso, 205-206
 Cuerpos polares, 89
 Cuestionarios, 24
 Cuidadores
 ansiedad ante los extraños y, 174
 apego a, 174
 colapso de los, 552
 de cónyuges enfermos, 590-591
 de los ancianos, 552
 enfermedad de Alzheimer y, 591
 reciprocidad o sincronía en la interacción y, 177-178
 sensibilidad, 177
 Culpa, 246
 Cultura(s)
 actitudes hacia la procreación y la crianza del niño, 77, 78-79
 actitudes hacia los niños en, 11-12
 adolescencia en, 13, 378, 379
 apego y, 174-175
 crianza del infante en, 187
 diferencia del desarrollo físico en, 130
 familia como transmisora de, 113-114, 188
 Cummings y otros, 329
 Cundick, B. P., 361
 Cunningham, W. R., 412
 Curran, D. K., 401
 Curva del aprendizaje clásico, 30, 31
 Cutler, L., 497
 Cutrona, C., 456
 Chalpin, M. J., 356
 Chan, S., 114, 459
 Chance, P., 537
 Chang, L. W., 63
 Chao, R. K., 265
 Chapman, K. L., 159
 Chapman, M., 190
 Charness, N., 504
 Chase-Lansdale, P. L., 324, 362, 363
 Chasnoff, I. J., 65
 Chen, H., 586
 Cherlin, A., 590
 Chesnick, M., 222
 Chess, S., 195
 Chicchetti, D., 180, 191, 329, 402
 Chicchetti, D., 324
 Children's Defense Fund, 324, 460
 Chilman, C., 356, 359, 360, 361, 363
 Chiriboga, D. A., 484, 485, 497, 513, 525, 526
 Chomsky, N., 155, 162, 222
 Choy, M. H., 293, 301, 302
 Christensen, H., 572
 Christopher, F. S., 249
 Christopherson, C. R., 360, 361
 Chukovsky, K., 229
 Chupón, 187
- ## ■ D
- Da Silva, M. S., 317
 Daiute, C., 288, 289
 Daley, S., 403
 Daling, J. R., 62
 Damon, W., 258, 314, 315
 Dan, A. J., 490
 Daniels P., 457, 471
 Daniels, D., 266
 Daniluk, J., 353
 Dann, S., 180
 Dannemiller, J., 141
 Daño, protección contra el, 39
 Darby, B. L., 64, 148
 Darling, N., 265
 Darwin, Charles, 101
 Datan, N., 410
 D'Augelli, A. R., 358
 Davidson, N. E., 229, 490
 Davies, B., 552
 Davies, M., 402
 Davis, G., 447
 Davis, W., 356, 393
 Dawson-Hughes, B., 490
 Day, D. E., 23
 De Boysson-Bardies, B., 158
 De Villiers, J. G., 158, 160, 163, 422
 De Villiers, P. A., 158, 160, 163, 422
 De Wolff, M. S., 177
 Dean, M., 100, 207

- Decisión y compromiso, 449-450
- DeCharms, R., 297
- Defectos congénitos, 56
autosómicos, 94, 95
prematuridad y, 75-76
relacionados con el sexo, 92-94
y consejería genética, 94, 96-98
y terapiagénica o correctiva de genes, 98-100
y teratógenos, 59-65
- Deficiencias de hierro, 138
- Definiciones operacionales, 30
- Deformación (durante el parto), 69
- DeFries, J. C., 292
- Degradación, 329
- Deimling, G., 591
- Dekker, R., 552
- Delaney P., 524
- Delincuencia, 398-399
estilo indiferente de crianza y, 265
- DeLoache, J. S., 212, 219
- DeLoache, Todd, 219
- Demaris, A., 453
- Dembo, T., 248
- Demencia, 497, 567, 569
por infartos múltiples, 570. *Vea también*
Apoplejías y abuso de medicamentos, 560
- Demografía
envejecimiento de la población y, 594-596
y curso de la vida, 413
- Dencik, L., 244
- Dennis, W., 501
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), 39, 281, 392, 500
- Dependencia económica, 347
- Depresión
adolescentes y, 400-402
desnutrición y, 138
duelo y, 621
en la vejez, 571
en mujeres de edad madura, 518
insomnio y, 555
maltrato del niño y, 329
maníaca, 103
posparto, 456
progenitores solteros y, 324-325
- Derecho(s)
de los niños, 11
a morir, 616-618
- Derr, C. B., 448
- Desaceleración, 588
- Desarrollo, 3-43
acelerado del cerebro, 205
activo, 9-10
frente a pasivo, 9-10
áreas del, 5-6
biología y experiencia en el, 6-8
cognoscitivo
aprendizaje del lenguaje, 162-163
contexto social, 152-153
definición de, 145
en infantes, 145-154
en la adolescencia, 364-370
en la juventud, 423-427
en la madurez, 500-507
en la niñez media, 281-289
en la niñez temprana, 210-221, 257-262
en la vejez, 563-572
memoria en el, 218-221
mente activa en el, 145-150
cuestiones fundamentales del, 6-10
definición del, 6
del cerebro
desnutrición y, 204
en la infancia, 136
en la niñez media, 276
en la niñez temprana, 205-207
hormonas y, 350
lateralización y, 205-206
prenatal, 53
uso preferente de una mano, 206-207
en la adolescencia, 12-14
en la adultez, 14-15
estudio del, 16-28
etapas frente a continuidad en el, 8-9
familias cambiantes y, 15-16
físico
del infante, 130-139
en la adolescencia, 348-355
en la niñez media, 275-281
en la niñez temprana, 203-210
en la vejez, 553-560
prenatal, 47-56
grupos de compañeros y, 334-335
método de estudio de casos y, 16-21
métodos experimentales en el estudio del, 28-32
motor
en el infante, 134-135
en la niñez media, 276-277
en la niñez temprana, 203-210
muerte como etapa final del, 610-613
obtención de datos sobre el, 21-25
pasivo, 9-10
paradigmas contextuales del, 412-413
participación en el propio, 5
periódicos críticos y sensibles del, 9
prenatal, 46-65
influencias ambientales en el, 56-65
periodo embrionario, 50-52
periodo fetal, 52-55
periodo germinal, 47, 49-50
periodos críticos en el, 58-60
periodos en el, 47-55
tendencias en el, 55-56
teoría de Erikson del, 19-21
teoría freudiana del, 17-18
teorías de la personalidad, 16-21
teorías históricas sobre el, 10-16
- Desconcierto con la realidad, 467
- Desempleo, 535, 536
de la madre, 324
maltrato del niño y, 330
- Desensibilización sistemática, 241
- Desequilibrio, 370
- Desnutrición
alimentación con biberón y, 139
de infantes, 137-138
desarrollo físico en la niñez temprana y, 203-204
en la vejez, 559-560
fetal, 57-58
- Despelder, L., 608
- Desplazamiento, 243
- Desprendimiento del tapón mucoso, 66-67
- Destete, 139
- Deterioro cognoscitivo, 492
- DeVries, R., 229
- Diabetes, 61, 494
- Diagnóstico genético antes de la implantación, 97
- Dialectos, 225-226
- Diana, M. S., 388
- Díaz, R. M., 224, 227
- Dickson, K. L., 171
- Dielman, T. E., 403
- Dientes primarios, 276
- Dietilestilbestrol (DES), 62
- Dietz, W. H. hijo, 278, 279
- Diferenciación, 50
del ego, 515
- Dificultades del aprendizaje, 303-305
- Difusión del ego, 22
- DiPietro, J. A., 229
- Dirección de Financiación para la Asistencia Médica (Health Care Financing Administration), 594, 596
- Dirección de los Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMSHA), 394, 395, 396, 397
- Discapacidades. *Vea también*
Minusválidos e infantes de alto riesgo, 76
- Discapacitados
autonomía y, 247
adultos jóvenes, 417, 418
rechazo de, por parte de los padres, 182
- Disciplina
autorregulación y, 267-269
en las teorías históricas sobre el desarrollo, 11-12
normas de la, 268-269
para infantes, 189
- Discriminación, 338, 418
de edad, 536
selección de carrera y, 462-463
- Diseño
de secuencias de cohortes, 27
de un solo sujeto, 29
transversal, 26-27
experimental, 29
grupos en el, 30-32
individuos en el, 29
- Disfunción sexual, 489, 497, 593
- Disgrafía, 303
- Dislexia, 303, 304-305
- División
celular, 89-90
de género, 433
- Divorcio, 458, 528-531
ajuste al, 528-531
causas del, 528, 529
efectos del, en los niños, 325-327
- Dixon, R. A., 413
- Doble norma, 356
- Dodge, K. A., 254, 329, 336
- Dodwell, P., 142
- Doering, S., 184
- Doka, K., 590
- Doll, R., 569
- Dollard, J., 248
- Dominancia incompleta, 91
- Dominio

- competencia y, 246
 creativo, 513
 mágico, 583
 procreativo, 513
 productivo, 513
 Donaldson, G., 501-502
 Donaldson, M., 216, 217
 Donohue, P., 53
 Donovan, J. E., 360
 Donovan, R., 589
 Doob, L. W., 248
 Dornbusch, S. M., 265, 383, 385
 Douvan, E., 386, 388, 445
 Dowler, J. K., 63
 Doyle, A. B., 338
 Draper, T. W., 240
 Dreher, M., 64
 Dreikurs, R., 266
 Dressel, P., 587
 Dreyer, P. H., 356, 357, 358, 363
 Drinkwater, B., 490
 Droege, R., 433, 434
 Drogas alucinógenas, 394
 Drotar, D., 180
 Dubin, S., 505
 DuBrin, A., 536
 Dubrow, N., 14, 323
 Duelo
 anticipado, 620
 crónico, 622
 después del divorcio, 530
 funciones del, 619-621
 rituales y costumbres del, 623
 Dukes, R. L., 389
 Duncan, G. J., 292
 Dunlap, D. W., 420
 Dunn, J., 88, 112, 184-185, 190, 225, 259, 266
 Dunphy, D. C., 389, 390
 Durako, S. J., 62
 Durand, C., 158
 Durlak, J. A., 609
 Dusman, A., 53
 Dwyer, T., 134
 Dyson, A. H., 287
 Dyson, L. L., 304
- **E**
- Eakins, P. S., 72
 Easterling, D. V., 71
 Eaton, W. O., 208
 Eaves, L., 88
 Ebersole, P., 494, 549, 551
 Eccles, J. S., 350
 Eccles, J., 314
 Eclampsia, 61
 Ectodermo, 51
 Edad
 biológica, 412
 componentes de la, 412
 cronológica, 290, 412
 de viabilidad, 53
 esquelética, 205
 mental, 290
 psicológica, 412
 social, 412
 Eddy, D. M., 394
 Edelstein, L., 620
 Educación. Vea también
 Escuela e instrucción
 asistida por compu-
 tadora, 299, 300
 en ciencias y matemáticas,
 283-284
 física, 280, 281
 Piaget y la, 283-285
 profesional, 464-465
 retraso mental y, 302-303
 sexual, 359-360
 y consumo de anticoncepti-
 vos, 363
 y conducta sexual, 359-360
 y la puntuación de CI, 26-27
 y madurez, 506
 y tabaquismo, 495-496
 Edwards, C. P., 232
 Edwards, D. A., 384
 Efectos
 de la cohorte, 26-27
 del alcohol en el feto, 62
 Egeland, B., 181
 Egocentrismo
 en la adolescencia, 369-370
 en la niñez media, 315
 en la niñez temprana, 211, 213
 juego y, 230
 Ehrhardt, 356, 359
 Eibl-Eibesfeldt, I., 101
 Eicher, S. A., 337
 Eichorn, D. H., 149
 Eichorn, D., 138
 Eilers, R. E., 158
 Eimas, P. D., 143, 144, 156
 Eisdorfer, K., 570
 Eisenberg, N., 249, 251, 252, 259, 317, 319
 Ejercicio
 en la madurez, 494, 496
 en la vejez, 557
 osteoporosis y, 490
 Ekerdt, D., 586, 588
 Elaboración semántica, 286
 Elbedour, S., 14
 Elbers, L., 157
 Elder, G. H., 347
 Elder, G. H., hijo, 244, 354
 Elder, J. L., 212
 Elder, L., 115
 Elias, M. J., 300, 554
 Elkind, D., 11, 324, 369, 392, 401
 Elogio, 284
 excesivo, 314-315
 Ellicott, A. M., 517
 Ellicott, A., 432, 519
 Ellis, S., 217
 Embarazo. Vea también Parto,
 actitudes culturales
 hacia el, 78-79
 ajuste de la madre al, 77-78
 en adolescentes, 362-364
 en edad ya avanzada, 414, 417
 felicidad conyugal durante
 el, 456
 Embrión, 50-52
 Emde, R. N., 158, 246, 254
 Emery, R. E., 328
 Emocionalidad, 103
 Emociones
 afrontamiento de las, 239-245
 autoconscientes, 190-191
 comunicación de las, 171, 173
 desarrollo de, en el infante, 169-174
 menopausia y, 488-489
 Empirismo, 20
 Empleo, búsqueda de, 465-470
 Vea también Carrera;
 Trabajo
 Encuesta Nacional sobre el
 Consumo de Drogas
 (National Household
 Survey on Drug
 Abuse, NHSDA), 24, 394, 395, 396, 397
 Encuestas, 24
 Endodermo, 51
 Enfermedad(es)
 cardiovasculares, 493, 559
 menopausia y, 489, 490
 de Alzheimer, 492, 567, 569-570, 591
 de las encías, 497
 de transmisión sexual
 conducta sexual y, 419, 421-422
 moralidad y, 370
 revolución sexual y, 356
 en la juventud, 416-417
 en la madurez, 493-494
 en la niñez media, 277-281
 en la vejez, 558-560
 reacciones ante la muerte y, 611-613
 respiratoria, 494
 Enfoque holista, 6
 Engle, P. L., 58
 Ensayos experimentales, 30
 Entrenamiento
 aprestamiento para el, 283
 de escape, 107
 de evitación activa, 107
 en el control de esfínteres, 189
 por omisión, 107
 por recompensa, 107
 Entwisle, D., 184, 455
 Envejecimiento
 causas del, 560-563
 demografía del, 594-596
 exitoso, 583-584
 factores patológicos del, 554
 personalidad y, 579-584
 teorías del, 561-563
 Envidia del pene, 19
 Episiotomía, 67
 Epstein, J. L., 386
 Epstein, L. H., 278, 279
 Equilibrio, 557
 Erecciones, mantenimiento de
 las, 491
 Ericsson, A., 415
 Erikson, E., 239, 246, 313, 347, 379, 380, 428-429, 513
 teoría psicosocial de, 19-22
 Erikson, J., 429, 580-581
 Ernst, C., 267
 Ernst, E., K., 72
 Eron, L., D., 249
 Erosión suicida, 613
 Escala Apgar, 70
 Escala
 de Evaluación Conductual
 para Neonatos de
 Brazelton, 129
 de Evaluación
 Neuroconductual de
 Brazelton, 70
 de Inteligencia de Wechsler
 para Niños, 290-291, 292
 Escobar, M. D., 304
 Escuela
 aprendizaje y pensamiento
 en la, 295-302
 desarrollo cognoscitivo en
 la, 281-282
 educación física en la, 280-281
 elogio en la, 284, 324-315
 en la madurez, 506
 éxito en la, 297-302
 influencias de los padres en
 el éxito en la, 300-302
 proyectos de grupos peque-
 ños en la, 297
 Espacio, sentido del, 213-214
 Esperanza de vida, 520
 en la vejez, 547-549
 género y, 553, 554
 herencia y ambiente en la,
 561
 raza y, 553, 554
 Espermatozoide(s), 49, 89, 90, 351, 417
 Esquema(s), 145
 de género, 260-261
 definición de los, 35
 Esquizofrenia, 103
 Essex, M. J., 179
 Estadios
 en la vida de la mujer, 432-434
 en la vida del varón, 430-432
 Estado(s)
 de activación en el infante,
 125-126
 de difusión, 380, 381

- de exclusión, 380, 381
 - de moratoria, 380, 381
 - Estatus fraterno, 266-267
 - Esterbrook, M. A., 184
 - Esterotipos
 - de género, 257, 260-261
 - de la familia reconstituida, 532-533
 - de la vejez, 545-547
 - limitaciones de los, 261-262
 - limitaciones del género y, 261-262
 - mujeres que trabajan y, 472-473
 - progenitores tradicionales, 265
 - Estímulo
 - condicionado (EC), 105
 - incondicionado (EI), 105
 - Estrirón del crecimiento en el adolescente, 348
 - Estner, L., 74, 75
 - Estreñimiento, 559
 - Estrés
 - adolescentes y, 399-403
 - alcohol y, 64
 - cambio de empleo y, 535-538
 - debido a nimiedades, 499
 - del parto, 69
 - en la madurez, 496-498
 - en la niñez media, 322-324
 - en la niñez temprana, 241-242
 - en la vejez, 559
 - en parejas de doble ingreso, 473
 - familias y, 322-324
 - progenitores solteros y, 459
 - Estrógeno, 349-350
 - y menopausia, 489, 490
 - Estructuralismo, 35
 - Estructuras vitales, 430-431
 - en la vejez, 581
 - Estudio(s)
 - de Orientación de Berkeley (Berkeley Guidance Study), 26
 - longitudinal del envejecimiento de Baltimore, 492-493
 - de adopción, 102-103
 - de Minnesota, 102-103
 - longitudinales, 25-26, 501-503
 - transversales, 502
 - Etapas(s)
 - anal, 18
 - de aceptación de la muerte, 611
 - de depresión en el ajuste a la idea de la muerte, 611
 - de formación de la imagen en la paternidad/maternidad, 456-457
 - de interdependencia de la paternidad o maternidad, 457
 - de la autoridad de la paternidad/maternidad, 457
 - de la partida en la paternidad/maternidad, 457
 - de la responsabilidad, 507
 - de las operaciones concretas, 36, 211
 - de las operaciones formales, 36
 - del desarrollo,
 - definición de, 8
 - frente a desarrollo continuo, 8-9
 - de negociación de la muerte, 611
 - de realización, 426, 506
 - fálica, 18
 - genital, 18, 313
 - interpretativa de la paternidad/maternidad, 457
 - oral, 18
 - parental de la crianza, 457
 - preoperacional, 36
 - conservación y, 214-216
 - en comparación con la etapa de las operaciones concretas, 282
 - limitaciones de, 212-214
 - representación simbólica en la, 211-212
 - resumen de la, 210-211
 - subetapas y pensamiento en la, 211
 - reintegrativa, 507
 - psicosexuales, 18-19
 - sensoriomotoras, 146-147
 - sensoriomotora, 36
 - Ethridge, T., 256-257
 - Ética
 - clonación y, 99
 - en la investigación del desarrollo, 37-40
 - en la investigación, 21, 23-24
 - Etnocentrismo, 113
 - Etología, 101-102
 - Eutanasia, 616-618
 - activa, 616-617
 - pasiva, 617-618
 - Evaluación experiencial, 501-502
 - Evans, D. W., 242, 569
 - Eveleth, P. B., 204
 - Evitación pasiva, 107
 - Evolución, 101
 - Exámenes de diagnóstico prenatal, 96-97
 - Éxito
 - ambiente familiar y, 295
 - definición freudiana de, 442
 - en la escuela, 297-302
 - varones y criterio de, 516-517
 - Exosistema, 111
 - Expectativas
 - de los adolescentes, 13
 - en la vejez, 571
 - época histórica y, 413
 - escuela y, 295-296
 - estructura familiar y, 15-16
 - profecía autorrealizada y, 294-295, 571
 - Experiencia(s), 504-505
 - excepcionales, 445
 - Experimento(s)
 - del abismo visual, 142-143, 144-145
 - del "rostro inexpresivo", 171, 173
 - de Watson con el "pequeño Albert", 38
 - Exploración de objetos físicos, 230
 - Explotación, 329
 - Extroversión, 581-582
 - Ey, S., 297, 400
- F
- Fabes, R. A., 249
 - Fábulas personales, 369, 392
 - Factor Rh, 61
 - Factores
 - extrínsecos del trabajo, 447-448
 - históricos
 - curso de la vida y, 413
 - efectos de los, 114-118
 - en la adolescencia, 13, 347
 - intrínsecos del trabajo, 447-448
 - patológicos del envejecimiento, 554
 - Fagan, J. F., III, 149
 - Fagot, B. I., 261
 - Falso trabajo de parto, 66
 - Familia(s). Vea Divorcio; Matrimonio; crianza; hermanos y conducta sexual del adolescente, 360-361
 - ciclo de vida de las, 454-455
 - como transmisoras de cultura, 113-114
 - de doble ingreso
 - adolescentes en, 384-385
 - dinámica de, 473-475
 - prácticas de crianza de los niños en, 15-16
 - desarrollo y, 15-16
 - dinámica de las, 262-269
 - en la adolescencia, 382-385
 - disfuncional, 153, 402
 - el yo como miembro de la, 445-446
 - en evolución, 77-80
 - en la madurez, 518-525
 - en la niñez media, 319-331
 - en la vejez, 589-593
 - estrés y, 322-324
 - estructura cambiante de las, 384-385, 527-533
 - éxito en la escuela y, 295-296
 - hijos que regresan a casa y, 519-529
 - impacto de, en el desarrollo, 112-113
 - mezcladas, 531-532
 - naturaleza cambiante de las, 321-325
 - padres, 184
 - progenitor soltero, 458-460, 519
 - reconstituida(s), 327, 531-532
 - maltrato y, 328
 - separación de la, 445-446
 - tamaño de la, y cociente intelectual, 267
 - viudas y viudos, 529-593
- Fan, X., 360, 361
- Fanaroff, A. A., 75
- Fantasías del expósito, 369
- Fantz, R. L., 141
- Farb, P., 87, 113
- Farber, J., 347
- Farrell, M. P., 516
- Farver, J. A. M., 254
- Fase de principiante, 431
- Favia, S., 474
- FCU (fenilcetonuria), 95
- Featheman, D., 5, 114
- Featherstone, M., 492
- Fedor-Freybergh, P., 55
- Fehr, B., 448
- Fein, G., 63, 147, 150, 179, 194, 212, 231
- Feingold, A., 300
- Feinman, S., 190
- Feiring, C., 171, 174
- Feldman, S. S., 179
- Felgner, T., 98
- Fenilcetonuria, 95
- Fenotipos, 90
- Fenson, L., 155
- Ferber, M., 463, 474
- Ferleger, N., 331
- Fernández, M. E., 586
- Ferree, M. M., 474
- Ferrier, L., 222
- Ferris, S. H., 569
- Fertilidad, 417
- Feshback, S., 249
- Feto, 50-52
- Fiatarone, M. A., 557
- Fibrosis cística, 95, 100
- Fibush, R., 220
- Field, J., 143
- Field, T., 80, 178, 179, 183, 195
- Fielding, J. E., 363
- Fields, M. V., 287, 288
- Fijaciones, 18-19
- Filipovic, Z., 14
- Finkelhor, D., 361, 598
- Finlay, B., 473

- Finn, R., 357
 Finn, S. C., 489, 490
 Fischer, D. H., 547
 Fischer, J. L., 386
 Fischer, M., 62
 Fischhoff, B., 356, 393
 Fish, M., 196
 Fiske, M., 513, 516, 525, 526
 Fitzcharles, A., 195
 Fivush, R., 220
 Fixx, 614
 Flavell, E. R., 211, 217, 229, 231, 286, 316
 Flavell, J. H., 211, 217, 219, 220, 221, 229, 231, 282, 285, 286, 316
 Fleeson, J., 174
 Fletcher, J. M., 304
 Flexibilidad
 catéctica, 515
 mental, 515
 Flower, M., 47
 Fobias, 38, 106
 Fogel, A., 137, 171
 Folk, K. F., 460
 Folkman, S., 528, 583
 Follansbee, D., 383
 Fonemas, 156
 Fontanelas, 69
 Foote, N., 521
 Ford Foundation [Project on Social Welfare and the American Future], 587
 Forgac, T., 489, 490
 Forma, y lenguaje, 154
 Formación
 de grupos, 335
 de la identidad, 379-382
 amigos y, 386
 diferencias sexuales en, 382
 de vínculos, 80. *Vea también*
 Apego
 reactiva, 243
 Forman, G. E., 230
 Forman, G., 588
 Forness, S. R., 304
 Forrest, L., 472
 Fosburgh, L., 363
 Fox, N. E., 176
 Fozard, J. L., 556
 Fracasso, M. P., 184, 320
 Fraiberg, S. H., 181, 203
 Fraleigh, M. J., 265
 Franklin, Benjamin, 547
 Frauenglass, M. H., 224
 Freeman, R. K., 64
 Frenkel-Brunswick, E., 483
 Freud, A., 17, 180, 242, 243, 377
 Freud, S., 17-19, 313, 451, 616
 Freudenberg, H., 536
 Fried, P. A., 64
 Friedlander, M., 446
 Friedman, 1990, 220
 Friedman, S., 586
 Friedmann, T., 98, 100
 Friedrich, L. K., 249
 Friedrich, Van Horn, 26
 Fries, J. F., 415, 494
 Frisch, R. E., 351
 Frischholz, E. J., 17
 Frohlich, C. G., 317
 Fudge, D., 473
 Fuller, J., 103
 Funcionadores, 160
 Funciones ejecutivas, 426
 Etapa ejecutiva, 507
 Funerales, 623
 Fung, H. J., 258
 Fung, H., 269
 Furst, 434
 Furstenberg, E., 530
 Furstenberg, F., 531
 Furstenberg, F. F., hijo, 356, 361, 362, 364, 590
 Furth, H. G., 253
- **G**
- Gabbard, C., 207
 Gabiano y otros, 62
 Gagnon, J. H., 417, 419, 420, 422, 491
 Gaines, R. R. W., 331
 Galinsky, E., 80
 Gallagher, D., 620
 Gallagher, J., 75
 Gallagher, J. M., 366
 Gallagher, W., 486
 Galler, J. R., 138
 Gallistel, C. R., 217
 Gambrell, 490
 Gametos, 89
 Ganong, L., 528, 529, 533
 Gao, Y., 189
 Garbarino, J., 14, 323, 398
 Garber, K., 96, 98
 Gardner, H., 35, 292
 Gardner, J. M., 141
 Garland, A. F., 401
 Garmezy, N., 326, 327
 Garney, P., 246
 Garrett, D. N., 615, 616
 Garrod, A., 319
 Garstka, T. A., 546
 Gartner, A., 614
 Gartner, G., 76
 Garvey, C., 147, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 231
 Gateo, 135
 Gatz, M., 521, 523, 590
 Ge, X., 354
 Gee, E. M., 413
 Gegeo, D. W., 231
 Gelber, E. R., 149
 Gelfand, D. M., 179
 Gelis, J., 11
 Gelman, R., 217, 230
 Gemelos
 causas, 50
 dicigóticos, 50
 envejecimiento, 554
 esperanza de vida, 561
 estudios sobre la heredabilidad de la conducta en los, 103-104
 fraternos, 50
 idénticos, 50
 lenguaje privado en los, 160
 monocigóticos, 50
 retraso del desarrollo lingüístico de los, 222-223
 Generación(es), 114
 al mando, 483
 X, 378
 Generatividad frente a estancamiento, 22, 446, 513-514
 Género
 aprendizaje social en la niñez temprana y, 256-257
 constancia del, 260
 definición del, 256
 depresión y, 400
 diferencias de, a lo largo de la vida, 256
 estilos de afrontamiento y, 582-583
 éxito en la escuela y, 297-300
 habilidades motoras y, 276-277
 identidad de, 260-261
 imagen corporal y, 352-353
 índices de mortalidad y, 493
 ingreso y, 471
 jubilación y, 587-588
 moral y, 318-319
 patrones de carrera y, 470-475
 relaciones con padres que envejecen y, 521, 523-524
 Genes, 88-89
 combinación de, 90-92
 mapas, 100
 Genesee, 226
 Genética
 conductual, 102
 envejecimiento y, 561
 inteligencia y, 292
 obesidad y, 278-279
 trastorno de déficit de atención con hiperactividad, 305
 Genotipos, 90
 Genovese, R., 474
 Gerrard, R. B., 328, 329
 Gerrard, M., 419
 Gershoni, R., 387
 Gesell, A., 130-131, 207, 208
 Gibbons, D. C., 399
 Gibbons, L. E., 134
 Gibbs, J., 317
 Gibson, E. J., 142-143
 Gibson, E., 151
 Gibson, R., 459, 521, 585
 Gibson, R. C., 5, 116, 413
 Gilford, R., 531
 Gillespie, L. G., 513
 Gilligan, C., 298, 318-319, 379, 403
 Gillis, J. J., 305
 Ginsberg, L., 410
 Ginsburg, E., 369
 Giordano, J., 521
 Glándulas endocrinas, 348, 350
 Glándulas sebáceas, 349
 Glándulas sexuales, 350
 Glaser, R., 289, 504, 505
 Glaucoma, 556
 Glen y otros, 143
 Glenwick, D. S., 331
 Glidewell, J. C., 336
 Globerman, J., 523
 Goetting, A., 524, 529, 593
 Gold, M., 386
 Goldberg, W. A., 184
 Goldeberg, S., 76, 187, 191
 Golding, E., 184
 Goldin-Meadow, S., 162
 Goldsmith, H. H., 103
 Gonadotropina coriónica humana, 50
 Goncu, A., 253
 Goncz, L., 227
 Gonorrrea, 61, 422. *Vea también*
 Enfermedades de transmisión sexual
 Gonyea, J. G., 490
 Goodchilds, J. D., 363
 Goode, E. E., 256
 Goode, W. J., 452
 Goodlin, R. C., 72
 Goodman, M., 488
 Goodnow, J. J., 87
 Goossens, L., 390
 Gordon, A. J., 296
 Gordon, I., 153
 Gore, F. L., 176
 Gorman, K. S., 58
 Gortmaker, S. L., 278
 Goslin, D. A., 109
 Gotlib, I., 456
 Gottfried, A. W., 144
 Gottman, J. M., 259, 268
 Gould, R. L., 434-436, 484, 485, 523
 Gould, S. J., 293-294
 Gowin, M. K., 535
 Gracely, E., 256-257
 Gramática, 156
 en expansión, en la niñez temprana, 221-222
 pivotal, 160
 temprana, 160-161
 Granrud, C. D., 142
 Grant, K. E., 297, 400
 Grasa
 consumo excesivo de, 559
 en la adolescencia, 349
 en la niñez media, 276

- Gratch, G., 150
 Gray Panthers, 599, 600
 Green, A. H., 331
 Green, C., 463
 Green, F. L., 211, 217, 220, 221, 229, 231, 286, 316
 Greenberg, J., 590
 Greenberg, M., 80
 Greene, A. L., 13, 241, 366
 Greene, S., 62
 Greenfield, P. M., 283
 Greenland, S., 134
 Greenspan, N., 169
 Greenspan, S., 169
 Greenwood, S., 488
 Greif, E. B., 355
 Grimm-Thomas, K., 444
 Grobstein, C., 47
 Grodstein, F., 490
 Gronlund, G., 284
 Grosjean, F., 226
 Gross, R. T., 385
 Grossman, F. K., 184
 Grotevant, H. D., 385
 Gruendel, J. M., 286
 Grusec, J. E., 249, 259
 Grupo(s)
 de amigos, 334
 de autoayuda, 614, 620
 de compañeros, 334-338
 conformidad y, 335, 336-338
 definición del, 334
 estatus en, 336
 segregación sexual en, 335
 de referencia, 379
 marginales, 352
 Guardianes de la estirpe, 519
 Guelzow, M. G., 473
 Guerra, 13, 14, 417
 Guidice, S., 206, 276
 Guión(es), 220-221, 512
 de la vida, 512
 en la madurez, 512
 en la niñez media, 286
 personales, 258-259
 Gulko, J., 314
 Gunnar, M. R., 69
 Gurewitsch, E., 598
 Gusto, sentido del, 487
 en la infancia, 144
 en la vejez, 556-557
 Gutkin, C., 597, 621
 Gutman, D., 582
 Gutmann, D. L., 583
 Gutmann, E., 557
 Guttman, 1996, 617
 Guttman, D., 519
- H**
- Haaland, W., 189
 Haber, D., 585
 Haber, P., 608, 615
 Habilidad(es)
 de abstracción numérica, 217
 motoras
 aprendizaje y, 209-210
 en la madurez, 487
 en la niñez temprana, 207-210
 gruesas
 en la infancia, 135
 en la niñez media, 276-277
 en la niñez temprana, 207-208
 motoras finas
 en la infancia, 134-135
 en la niñez media, 277
 en la niñez temprana, 208-209
 en la vejez, 557
 sociales
 en la niñez, 23
 juego y desarrollo de las, 252-253
 Habitación, 128
 Habla
 gocéntrica, 224
 holofrásica, 159
 privada, 224
 telegráfica, 160-161
 Hack, N., 75
 Haensly, P., 207
 Hagen, J. W., 218
 Hagestad, G., 413, 552, 590
 Hakuta, K., 298
 Halpern, D. F., 256
 Halverson, C. F., hijo, 261
 Hall, E., 267
 Hall, G. Stanley, 13
 Hall, W. M., 252
 Halle, P., 158
 Hallinan, M. T., 339
 Hamberger, I., 50
 Hanawalt, B. A., 11
 Hancock, E., 517
 Handyside, A. H., 97
 Hansen, C., 65
 Hansen, L. S., 474
 Hanson, D., 329
 Harkins, S. W., 487, 556
 Harkins, S., 557
 Harkness, S., 254
 Harlan, L. C., 499
 Harlow, H. F., 172
 Harlow, M. K., 172
 Harmer, S., 231
 Harper, P. A., 75
 Harr, R., 337
 Harris, B., 38
 Harris, Hamidullah, 220
 Harris, L., 583
 Harris, M. J., 103
 Harris, P. L., 231
 Harris, R. L., 517
 Harris, R., 432, 519
 Harrison, A., 114, 459
 Hart, C. H., 249, 333
 Hart, D., 258, 314
 Hart, S. N., 328, 329
 Harter, S., 108, 258, 314
 Hartup, W. W., 112, 252, 333, 337, 387
 Harvey, O. J., 335
 Haskett, M. E., 329
 Hass, A., 356, 358
 Hasselhorn, 287
 Haste, H., 152, 217, 223, 368
 Hastorf, A. H., 385
 Hatch, T., 292
 Hauser, S. T., 351, 377, 383
 Havighurst, R. J., 428-429, 461-462, 470, 514, 534, 549
 Hawes, C., 560
 Hawkins, J. A., 386
 Hayne, H., 149
 Haynes, J. A., 325
 Haynes, O. M., 179
 Hayward, M. D., 586
 Hazen, N. L., 137
 Heagarty, M., 65
 Heard, K. V., 356
 Heath, 249
 Hebb, D. O., 7
 Heckhausen, J., 584
 Hechtman, L., 362
 Heidrich, S. D., 584
 Heilbrun, G., 513
 Helfer, R., 181
 Helson, R., 434, 483, 484
 Helwig, C. C., 368
 Hellige, J. B., 206
 Hemofilia, 93, 421
 Henderson, A. S., 572
 Henshaw, D., 242, 569
 Hepworth, M., 492
 Herencia, 86-104
 ambiente y, 87-88
 anomalías cromosómicas y genéticas y, 92-100
 cromosomas en, 89
 de conductas y rasgos, 100-104
 de la especie, 87
 división celular y reproducción en la, 89
 frente a ambiente, 7-8
 genes en la, 88-89, 90-92
 individual, 87
 ligada al sexo, 92
 poligénica, 92
 puntos de vista evolutivos, 101-102
 tratamiento genético y, 98-100
 Hermano(s), 112, 184-185
 cuidado de padres ancianos por, 524
 dinámica entre, 266-267
 en la vejez, 593-594, 594-595
 experiencias no compartidas de los, 266-267
 muerte de, 623-624
 Hernández, 79
 Hernández, D. J., 116
 Heroína, 398
 Herpes, 61, 422. Vea también Enfermedades de transmisión sexual
 Herrera, M. G., 138
 Herron, R. E., 229
 Hersherger, S. L., 358
 Hershey, D., 415
 Hess, E. H., 102
 Hess, R. D., 301
 Heterocigoto, 91
 Hetherington, E. M., 109, 114, 322, 326, 327, 460, 528, 533
 Hevey, C. M., 177
 Higiene deficiente de sueño, 555
 Hill, F., 230
 Hill, J. P., 383
 Hill, R., 454, 521
 Himan, K., 187, 251
 Hiperactividad, 305-306
 Hipertensión, 61, 557
 Hipótesis, 350, 562
 Hipotálamo, 350
 Hipótesis de discrepancia, 173-174
 Hipótesis de frustración-agresión, 248
 Hiris, J., 560
 Hirsch, B., 585
 Hirshberg, L. M., 187
 Hiscock, M., 206-207, 305
 Hispanos
 ancianos y pobreza e, 587
 identidad de grupo étnico de los, 389
 salud en, 498-500
 SIDA en, 612-613
 Hitos, 428
 sociales, 410-411
 Hittelman, J., 62
 Ho, D. Y., 98
 Hoard, 289
 Hobart, C. J., 220
 Hobbes, Thomas, 20
 Hobbs, D., 455
 Hochschild, A., 473
 Hoffman, C., 523, 524
 Hoffman, J. E., 387
 Hoffman, L., 445-446, 464
 Hoffman, M. L., 20, 316
 Hogan, D., 114
 Hogan, M. E., 100
 Hogares en los que viven varias generaciones, 324-325, 459-460
 Hogarty, P. S., 149
 Holmes, F. B., 240
 Holmes, T. H., 498
 Holt, R. R., 536
 Holland, J. L., 464
 Hollander, M., 222
 Holloway, D., 560
 Holloway, S. D., 301
 Hombre

- seudodesarrollado, 516
trascendente-generativo, 516
vengativo-decepcionado, 516
- Hombres, D., 432, 519
- Homocigoto, 91
- Homofobia, 356
- Homosexuales, 420-421, 453
sobrecarga de duelo, 621
- Homosexualidad, 356, 420-421
androginia y, 261
causas de la, 357
definición de la, 420
en la adolescencia, 357-358, 402
- Honig, A., 241
- Honig, Parke, 257
- Hood, J. C., 474
- Hood, W. B., 335
- Hoogstra, L., 258
- Hooven, C., 268
- Hopkins, B., 130
- Horgan, J., 93, 617
- Hormona(s), 348-350
del crecimiento, 350
tróficas, 350
- Horn, J. L., 500, 501, 502
- Horn, M., 613
- Horowitz, F. D., 153
- Horowitz, S. M., 402
- Hospicios, 615-616
- Hospitales y los moribundos, 608, 614-615
- Houlihan, J., 383
- House Select Committee on Aging, 598
- Hoversten, G. H., 143
- Howard, A., 468, 469
- Howard, K. I., 400
- Howard, K., 377
- Howe, N., 378
- Howes, C., 65, 195, 246
- Hoyer, W. J., 556
- Hsu, H., 171
- Hudson, H., 611
- Hudson, J., 220
- Huesmann, L. R., 249
- Huges, F. P., 254
- Hughes, M. R., 97
- Hughes, M., 217, 230
- Hull, C. L., 30
- Hull, R., 489
- Hume, A., 71
- Hummert, M. L., 546
- Humphrey, G. K., 142
- Hunt, J. G., 454, 483
- Hunt, L. L., 454, 483
- Hunt, M., 417, 418, 419
- Hunter, S., 484, 523
- Husen, T., 298
- Huston, A. C., 249
- Hutchinson, 1991, 60, 65
- Hwang, C. P., 193
- Hyde, J. S., 179
- Hymel, S., 252, 254, 255
- I**
- Ickovics, J., 472, 475
- Id (ello), 17
- Ideal, integración de lo, con lo real, 424-425
- Ideales, 258. *Vea también* Metas; valores
- Identidad
definición de, 579
de género, 260-261
del ego, 21-22
de los grupos étnicos, 389
mantenimiento de la, en la vejez, 579-580
- Identificación, 243
- Ihinger-Tallman, M., 532-533
- Imagen(es)
corporal, 352-355, 402
mentales, 286
- Imara, M., 610
- Imhof, A. E., 413
- Imitación, 108
agresión e, 248
de las expresiones faciales, 141
diferida, 147-148
en el aprendizaje del lenguaje, 161
en el juego infantil, 147-148
- Imperativo parental, 583
- Implantación, 50
- Impotencia, 489, 593
del viudo, 593
- Impronta, 9, 172
- Incertidumbre, 566-567, 568
- Independencia
actitudinal, 446
conflictiva, 446
emocional, 446
en la adolescencia, 377-379
en la juventud, 446
en la niñez media, 295
funcional, 446
- Indios estadounidenses
depresión de adolescentes entre, 402
síndrome de alcoholismo fetal e, 62
- Inducción, 251-252
- Infante(s), 124-129. *Vea también* Neonatos
alimentación y comodidad de, 186-187
amamantamiento frente a alimentación con biberón, 138-139
ansiedad ante extraños y ante la separación, 173-174
apego en los, 79-80, 169-171
aprendizaje y habituación en los, 127-129
audición en los, 143-144
autoconcepto en los, 190-192
autodescubrimiento en los, 133-134
autonomía en los, 188-190
calificación de Apgar, de 70 ciegos, 181
competencias de los, 132
con necesidades especiales, 181-182
conciencia de los roles sexuales en los, 191
conducta prosocial y, 188-190
confianza, cuidados, base segura y, 186-187
control de esfínteres e, 189
de alto riesgo, 76
de bajo peso al nacer, 73, 75
desarrollo
 cognoscitivo de, 145-154
 de la personalidad de, 186-192
 del lenguaje en los, 154-163
 físico y motor de los, 130-139
 sensorial y perceptual en los, 140-144
 social y emocional en los, 169-174
descuido y maltrato de los, 180-181
destete, 139
diferencias entre valores y mujeres, 256
difíciles, 129
disciplina de los, 188-190
estados de activación, 125-126
evaluación de, 70, 129
frágiles, 65
habilidades motoras en, 134-135
imitación por, 79
neonatos, 124-129
nutrición y desnutrición de los, 137-138
organización perceptual, 150-152
padres y, 182-184
prematurados, 75-76, 144
referenciación social y, 187-188
reflejos, 126-127
sobrestimulación de los, 178-179
sordos, 181-182
temperamento y, 168-169
visión de los, 140-143
- Inferencia
lógica, 282-283
social, 315-316
- Inflexión, 221
- Influencias
no normadas, 114
normadas
 por la edad, 114
 por la historia, 114
sociales
 durante el ciclo vital, 114-118
- Influenza, 61
- Informe Kinsey, 420
- Inglés
asiático, 226
de los indígenas de Estados Unidos, 226
hispano, 226
negro, 225-226
- Ingreso, género e, 471. *Vea también* Posición socioeconómica
- Inhelder, B., 366
- Iniciativa frente a culpa, 22, 246
- Injerto genético, 98
- Inmortalidad, 369
- Inmunodeficiencia combinada grave, 99
- Insomnio, 555
psicofisiológico, 555
- Instinto, 102
- Institucionalización, 597-598
- Instituto Nacional de Salud y Desarrollo Infantil (National Institute of Child Health and Human Development, NICHD), 194, 195
- Instituto Nacional para el Estudio del Envejecimiento (National Institute of Aging), 557, 594
- Instrucción asistida por computadora, 299, 300
- Instrucción programada, 300
- Integración, 111-112
- Integridad
del ego, 581
frente a desesperación, 22, 514-515, 580-581
- Inteligencia(s)
aprovechamiento e, 289-295
componencial, 292
contextual, 292
cristalizada, 500-503, 566-567
en la madurez, 500-503
envejecimiento e, 423-424
experiencial, 292
flexibilidad de la, 425-427
fluida, 500-503
frente a cristalizada, 500-503
heredabilidad de la, 103
innata frente a aprendida, 292
naturaleza de la, 291-292
pensamiento de las operaciones formales e, 366
tipos de, 292

- Interdependencia, 379
 Interiorización, 259
 Internet, 300
 Intimidación, 329
 Intimidad frente a aislamiento, 22, 429
 Intimidad, 432, 449-450
 Introspección, 369-370
 Introversión, 581-582
 Investigación del desarrollo
 consentimiento informado
 y, 39
 correlación en la, 27-28
 cuestionarios y encuestas, 24
 diseños de, 25-27
 escenarios de la, 21, 23-24
 ética de la, 37-40
 evaluación psicológica,
 24-25
 métodos de, 33
 métodos experimentales de
 la, 28-32
 privacidad (intimidad) e, 39
 protección contra el daño
 de, 39
 recopilación de datos para
 la, 21-25
 sobre infantes, 140
 sobre la heredabilidad de
 rasgos, 102-104
 tratamientos benéficos e, 40
 Invulnerabilidad, 369
 Ira (enojo), 244
 agresión e, 248
 etapa de la muerte, 611
 Irreversibilidad del pensa-
 miento, 212-213, 214
 Irwin, T., 598
 Isabella, R., 178, 179
 Isenberg, J., 228
 Iteración, 157
 Estudio del duelo de Leiden
 Leiden (Bereavement
 Study), 622
- **J**
- Jadack, R. A., 370
 Jacklin, C. N., 299
 Jackson, J. J., 587
 Jackson, J., 460, 521
 Jackson, S. E., 536, 538
 Jacobson, J. L., 63
 Jacobson, J., 177, 180
 Jacobson, S. W., 63
 Jacoby, A. P., 356
 Jaeger, E., 196
 James, J. B., 513
 James, R. S., 240
 James, William, 581
 Jamieson, A. O., 555
 Japón
 actitudes hacia los niños
 en, 11
 educación sexual en, 360
 piedad filial en, 546-547
- Jarrett, J., 536
 Jarvik, L. F., 558
 Jedlicka, D., 356
 Jeffers, F. C., 609, 615
 Jensen, A., 292
 Jerarquía de necesidades, 444
 Jerga expresiva, 157
 Jersild, A. T., 240
 Jessor, R., 13, 393
 Johnson y otros, 297
 Johnson, C. L., 590
 Johnson, F., 612
 Johnson, M. P., 475
 Johnson, R. P., 588
 Jones, A. B., 561
 Jones, A. P., 58
 Jones, C., 591, 597
 Jones, D. C., 259
 Jones, K. H., 353
 Jones, M. C., 536
 Jordanova, L., 16
 Josephs, L., 457
 Journal of the American
 Medical Association, 490
 Jubilación (retiro), 550, 585-589
 diferencias de género en la,
 587-588
 nivel económico y, 587
 opciones de, 588-589
 preparación para la, 598-602
 salud física y, 586-587
 Judíos askenazi, 95
 Juego(s)
 amigos (compañeros) imagi-
 narios y, 255
 asociativo, 252-253
 brusco, 228-229
 competitivo, 229
 con objetos, 147
 cooperativo, 253
 de simulación social, 253
 de espectador, 252
 desarrollo cognoscitivo y el,
 230-232
 en la niñez temprana, 227-
 232, 252-255
 habilidades sociales y el,
 252-253
 paralelo, 252
 simulación y el, 229, 230-231
 sociodramático, 229
 solitario, 252
 tipos de, 228-229
 variaciones culturales en el
 significado del, 254
 Juicio, 424
 Jung, C. G., 513, 582
 Juventud, 14, 410-479
 amistades (relaciones ínti-
 mas) en la, 448-449
 amor en la, 449-450
 años universitarios en la,
 424-425
 autorrealización en la, 444-
 448
- carrera y, 447-448, 461-470
 condición física y salud en
 la, 414-417
 desarrollo
 cognoscitivo en la, 423-
 427
 físico en la, 414-423
 estadios y tareas del des-
 arrollo en la, 427-436
 etapas del pensamiento en
 la, 425-426
 fertilidad en la, 417
 formación y desarrollo de
 las parejas en la,
 451-453
 paternidad (maternidad) en
 la, 455-461
 personalidad y socialización
 en la, 442-443
 perspectivas de continuidad
 y cambio sobre la,
 411-414
 reevaluación en la, 434
 relojes biológicos en la, 411-
 412
 sexo y sexualidad en la,
 417-423
 socialización en la, 442-443
 soltería en la, 454
 transformaciones de Gould
 en la, 434-436
 transición en la, 519-520
 familia y, 445-446, 454-461
- **K**
- Kagan, J., 102, 103, 130, 194,
 265
 Kahn, R. L., 585
 Kakar, S., 390-391
 Kaku, D. A., 398
 Kalish, R. A., 606, 607, 609, 613
 Kalnins, I. V., 128
 Kalleberg, A., 434, 464, 472, 474
 Kallman, F. J., 561
 Kamii, C., 229
 Kamin, L., 292
 Kandel, D. B., 402
 Kane, R., 598
 Kane, R. A., 597
 Kane, R. L., 597
 Kane, S. R., 253
 Kanter, R. M., 447, 468
 Kantner, J. F., 359
 Kantrowitz, B., 53
 Kaplan, L. J., 599
 Kaplan, N., 293, 301, 302
 Karlson, A. L., 209
 Karmel, B. Z., 141
 Kastenbaum, R., 569, 597, 609,
 611, 618
 Katz, L. F., 268
 Kavale, K. A., 304
 Kaye, H., 105
 Kaye y otros, 589
 Keating, D., 366
- Keating, D. P., 365
 Keen, S., 610
 Keeves, J., 298
 Kegan, R., 426-427, 512
 Keister, M. E., 194
 Kelvin, P., 536
 Kelly, J. B., 528, 530
 Kelly, T., 88, 89
 Kempe, C. H., 361, 362
 Kempe, R. S., 361, 362
 Kendrick, S., 184, 185
 Keniston, K., 13
 Keogh, J. F., 276
 Kermorian, R., 143
 Kessler, L. G., 499
 Kessler, R., 472, 473, 486
 Kett, J. F., 11
 Ketterlinus, R. D., 383
 Kevorkian, Jack, 618
 Kidd, K. K., 102
 Kidder, D., 616
 Kieffer, J., 589
 Kiester, E., hijo, 61
 Kimmel, D. C., 559, 561
 Kimura, D., 298
 Kindermann, T. A., 337
 Kinsbourne, M., 206-207, 305
 Kistner, J., 336
 Kistner, J. A., 328, 336
 Kitzinger, S., 75
 Klahr, D., 34
 Klaus y Kennell, 79-80
 Kleigl, R., 565
 Klein, B., 460, 464
 Klein, M. M., 385
 Klein, N., 75
 Klima, E. S., 155, 222
 Kline, D. W., 487, 556
 Klinnert, M. D., 158
 Klohnen, E. C., 513
 Knapp, J. R., 352
 Knight, B., 597
 Knobloch, H., 75
 Kochanska, G., 169-170
 Koff, T. H., 616
 Kohlberg, L., 260, 313, 316-318,
 370
 Kohn, M. L., 505
 Kohn, R. R., 554
 Komarovsky, M., 454
 Komner, M., 70
 Kompara, D. R., 533
 Kopp, C. B., 243, 244
 Korner, A. F., 153
 Kosberg, L., 598
 Kovar, M. G., 498
 Kraft, J. D., 540
 Kravitz, S. L., 500
 Kropp, J. P., 179
 Krucoff, C., 557
 Kübler-Ross, E., 580, 608, 610,
 611
 Kuhl, P. K., 144, 158
 Kuliev, A. M., 98
 Kung San, 188
 Kurdek, L., 453

Kushner, H. S., 624
Kutza, E., 596
Kwashiorkor, 138

■ L

La Rue, A., 558
Laboriosidad frente a inferioridad, 22, 274, 313
Labouvie-Vief, G., 425, 503, 564, 566
Labov, W., 226
Lactancia (amamantamiento), 187
apego y, 79
frente a alimentación con biberón, 138-139
Lachman, M. E., 513
Ladd, G. W., 249, 333, 336
Lahey, M., 154
Lamaze, Fernand, 71-72
Lamb, J., 183
Lamb, M., 179, 183, 184, 195, 320, 383
Lamborn, S. D., 383
Lange y Pierce, 220
Lanugo, 55
Lapsley, D., 446
Lapso de atención, 219
Larson, R., 386, 583
LaSalle, A. D., 471
Lateralización, 205-206, 276
Latham, M. C., 139
Lauer, J., 531
Lauer, R., 531
Lauersen, N. H., 96
Laumann, E. O., 417, 419, 420, 422, 491
Lavee, Y., 590
Lawton, M. P., 591
Lazarus, R. S., 497, 498, 499, 582, 583
Lectura, 287-289
a los niños, 223
problemas con la, 303, 304, 305
Lee y otros, 490
Lee, G. R., 590
Leibovici, D., 572
Lenguaje
animales y, 155
contexto social y el, 224-225
conversaciones en la niñez temprana y, 223-225
de signos, 155
desarrollo del, 154-163
elementos del, 154-163
en la niñez media, 287-289
estructuras innatas del, 162
género y, 223
habla con uno mismo y, 224
herencia y ambiente en el, 7
hitos en el desarrollo del, 156
influencia de los padres en el uso del, 222-223

inicios del, 154-158
juego con el, 229
lectura y, 287-289
oral, 287
preprogramación del, 101
proceso de aprendizaje del, 161-163
productivo, 155
receptivo, 155, 158
representación simbólica y, 149-150
subdialectos y, 225-226
uso de palabras y oraciones en el, 158-161
Leo, J., 356
Lerner, R., 352, 503
Lesbianas, 420-421, 453, 454
Vea también Homosexualidad
Leslie G., 453, 473
Lester, B. M., 64
Leventhal, E. A., 71
Levine, C., 380
Levine, L. E., 258
LeVine, R., 77, 267
Levinson y otros, 433
Levinson, D., 430-439
Levinson, D. J., 432, 434, 467, 469, 483-484, 485, 534, 535, 581
Levy, G. D., 260
Levy, S. M., 586, 587
Lewis, J. M., 185, 326
Lewis, M., 171, 174, 183, 184, 185, 190, 191
Ley
de educación para todos los niños discapacitados (Education for All Handicapped Children Act), 303
de efecto, 106
de Responsabilidades Personales y Reconciliación de Oportunidades Laborales (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act, PRWORA), 460
para Estadounidenses con Discapacidades (American With Disabilities Act, ADA), 418
sobre licencias familiares y médicas (Family and Medical Leave Act), 194
Lieberman, M. A., 580
Lieberman, M., 317, 597
Life Center, 599
Lillard, 231
Lin, G., 592
Lipofucsina, 561

Lipsitt, L. P., 105
Líquido amniótico, 51
Lisina, M. I., 209
LoCicero, A. K., 74
Lock, M., 488
Locke, John, 20
Lockman, J. J., 131, 136, 137
Loconte, 617
Loevinger, J., 426-427
Logan, J., 523, 593
Logro(s)
autoestima y, 314-315
conducta sexual y, 359-360
depresión y, 404
disciplina y, 268
estructura familiar y, 267
inteligencia y, 289-295
motivación de, 297
popularidad y, 336
raza y, 293
Lohr, M. J., 388, 389
Lojkasek, M., 76
Lollis, S. P., 158
Londerville, S., 177
Long, T., 322-324
Longeward, R. H. J., 218
Longino, C. F., 551
Longitud promedio de la emisión, 221
Loomis, B., 488
Lopata, H. Z., 517, 592, 593
Lord, M., 599
Lorenz, K. Z., 172
Louiselle, P. A., 265
Lovaas, I., 107
Lozoff, B., 137
Lubach, G. R., 64
Lubic, R. W., 72
Lubomudrov, S., 545
Lucariello, J., 220
Luckey, I., 585
Lundberg, L. J., 157
Lykken, D. T., 292
Lloyd, B., 223, 257

■ M

Maccoby, E. E., 179, 263, 265, 266, 297, 320, 321, 334
MacDermid, S. M., 513
MacDonald, M., 64
Macdonald, R., 521
MacFarlane, A., 141, 144
Mackenzie, C., 600
Mackenzie, T. D., 495, 496
Mackey, M. C., 71
MacKinnon, A. J., 572
MacPherson, S. A., 71
Macrosistema, 111-112
Madden, C. M., 26
Madden, J. D., 65
Maddox, G., 597
Maddux, J. E., 280
Madre(s)
abortos espontáneos y, 56-57
adolescentes, 325, 363-364, 365
ansiedad ante la separación de la, 196
cesáreas y, 74-75
de mayor edad, 414, 417
defectos congénitos y, 56-57
depresión de la, después del parto, 456
edad de la, y desarrollo prenatal, 56-57
efectos de las enfermedades de la, en el feto, 60-61
interacción de la, con el infante, 180-181
que trabajan, 79, 193-196, 321, 474
responsivas, 177
salud y nutrición de la, 51, 57-58
sensibilidad y responsividad de las, 178-179, 186-187
Madsen, M. C., 252
Maduración
en la niñez media, 276
en la niñez temprana, 205
en la vejez, 557
esquelética en la madurez, 487
investigación de Gesell sobre, 130-131
sexual, 349-352
temprana y tardía, 353-354
y aprendizaje, 8
Madurez
ambivalencia en la, 484
amistades en la, 525-527
carrera en la, 505-506, 533-538
conflictos en la, 514-515
crisis de la, 484-486
definición de la, 412
desarrollo
cognoscitivo en la, 500-507
en la, 482-486
físico en la, 483, 486-492
divorcio y segundas nupcias en la, 527-533
estrés en la, 496-498
edad madura o, 14, 481-541
hitos de la, 410
jubilación y, 588
menopausia y climaterio en la, 487-490
para la jubilación, 588
personalidad en la, 513-518
reacciones
femeninas ante la, 517-518
masculinas a la, 516-517
reevaluación en la, 534-535
salud en la, 492-500
sexualidad en la, 490-492
tareas de la, 513-515
Maehr, M. L., 447

- Mahler, M., 188
 Main, M., 177
 Makin, J. W., 144
 Mal, naturaleza del, 20
 Malina, R., 348
 Maltrato
 de los adolescentes, 361-362
 de los ancianos, 597, 598
 de los infantes, 180-181
 del niño, 327-329
 explicaciones del niño, 329-331
 popularidad y, 254
 psicológico, 328
 resultados del, 328-329
 trastorno de personalidad múltiple y, 17
 Mancini, J., 590
 Mandler, J. M., 142, 148, 150, 151, 220
 Manifestantes, 517
 Manis, J., 472
 Mannle, S., 223
 Manton, K., 613
 Manual diagnóstico y estadístico (DSM-IV), 302, 560
 Marasmo, 137-138
 Maratsos, M., 162
 Marcia, J., 380, 381, 382
 Marcoen, A., 390
 Marcus, G. F., 222
 Marchese, S., 96, 98
 Maresh, M., 71
 Maret, E., 473
 Marieskind, H. L., 74
 Mariguana
 efectos de la, en el feto, 63-64
 y adolescentes, 397
 Marks, N. F., 523
 Markus, G. B., 267
 Markus, H., 472
 Marriott, C., 231
 Marsh, H. W., 314
 Martin, C. L., 261, 262
 Martin, D. C., 64
 Martin, J. A., 263
 Martínez, R. O., 389
 Martorell, R., 58
 Marzoff, D. P., 212
 Masa ósea, 489, 490, 557
 Masa, conservación de la, 214-216
 Masaki, K., 490
 Masculinidad, 516-517
 Maslach, C., 536, 538
 Maslow, A. H., 20, 444
 Mason, R. P., 569
 Masters, W. H., 489, 491
 Masturbación, 351, 356, 358
 en la niñez temprana, 244-245
 Matas, L., 176
 Materialización, 211
 Mates, D., 403
 Mathy, R., 319
 Matrimonio(s)
 alternativas al, 452-453
 características del, a largo plazo, 590
 compartir las tareas domésticas en el, 473-474
 cuidado del cónyuge enfermo durante el, 590-591
 efectos de los infantes en el, 184
 en la vejez, 590-591
 felicidad del, durante el embarazo, 456
 formación de parejas en el, 451-453
 mitos acerca del, 528, 529
 pérdida del cónyuge, 591-593
 satisfacción del, en parejas de doble ingreso, 473-475
 sexo en el, 417-418
 Matthews, K., 447, 448, 471, 472
 Matthews, S., 523, 524
 Maughan, B., 88
 Maurer, C., 141, 144
 Maurer, D., 141, 144
 Mauro, J., 255
 May, R., 444
 Mazor, K., 62
 McAuliffe, K., 256
 McBean, L. D., 489, 490
 McBride, A., 472
 McBride, S. L., 196
 McCall, R. B., 149
 McCartney, K., 65, 103, 195, 322
 McCary, J. L., 418, 419, 420, 450
 McClain, P., 58
 McClelland, D. C., 297
 McCluskey, K., 179
 McCord, J., 265
 McCord, W., 265
 McCoy, J. K., 360
 McCrae, R., 581-582, 583
 McCreddie, C., 598
 McCurley, J., 279
 McDowd, J. M., 565
 McEacheron, A. E., 362
 McGoldrick, M., 452, 458
 McGue, M., 292
 McKusick, Y., 98
 McLanahan, S., 324
 McLoughlin, M., 256
 McLoyd, V. C., 324, 364
 McManus, K., 63
 McNeill, D., 160
 McNeill, L. E., 361
 McRae, J., 472, 473
 Mead, M., 187
 Meadow, K. P., 182
 Mecanismo(s)
 de adquisición del lenguaje, 162
 de defensa, 17, 19, 242
 Medicamentos
 efectos en el feto de los, 63
 en la vejez, 572
 prescritos, abuso de, 559-560
 que no necesitan receta médica, 62
 Medicare (sistema de atención médica para mayores de 65 años), 594, 596
 Medios de comunicación masiva
 adolescentes y, 347
 ancianos y, 599-600
 delincuencia y, 399
 suicidio de adolescentes y, 401
 Meehan, P. J., 401
 Meiosis, 89, 90
 Meltzoff, A. N., 79, 141, 144, 147, 148
 Memoria
 a corto plazo, 218, 565
 a largo plazo (MLP), 218, 565-566
 de trabajo, 218
 en el desarrollo cognoscitivo, 218-221
 en la infancia, 149
 en la niñez media, 285-286
 en la vejez, 564-566
 guiones de sucesos y, 220-221
 motora, 218-219
 procesos de la, 218-220
 terciaria, 564, 566
 verbal (semántica), 218-219
 visual, 218-219
 y metacognición, 286-287
 y permanencia del objeto, 148-149
 Menarquia, 562
 inicio de la, 351
 reacción de las niñas ante la, 354-355
 Mendeloff, J., 47
 Menken, J. A., 413
 Menopausia, 487-490
 Menstruación, 562
 inicio de la, 351
 reacción de las niñas ante la, 354-355
 Mente
 consciente, 17
 inconsciente, 17
 Mentores, 431, 433, 468
 Menyuk, P., 222
 Merriman, W. E., 159
 Mertz, M., 590
 Mervis, C. B., 159
 Mesodermo, 51
 Mesosistema, 110
 Messinger, D. S., 179
 Messinger, D., 171
 Mestel, R., 490
 Metacognición, 286-287
 Metacomponentes, 367
 Metanfetaminas, 63
 Metas. Vea también Sueños en la edad madura, 486
 compartidas, 266
 negociación de, en la crianza, 265-266
 Metcalf, J., 58
 Método
 científico, 6
 de estudio de casos, 16-21
 de habituación, 128
 de la preferencia, 140
 de lenguaje total, 287
 de los loci, 565
 Meyer, J., 88
 Microcefalia, 96
 Microsistema, 110
 Michael y otros, 359, 417, 419, 491, 492
 Michael, R. T., 417, 419, 420, 422, 491
 Michaels, S., 417, 419, 420, 422, 491
 Miedo (temor)
 afrontamiento del, 241-242
 definición, 240
 niñez temprana y, 240-243
 Mielinización, 205
 Mikolaitis, N., 472
 Miles, M. S., 623
 Milne, A. A., 202-203
 Millar, S. B., 468
 Miller, B., 590, 591
 Miller, B. C., 359-360, 361
 Miller, B. D., 390-391
 Miller, J., 613
 Miller, M., 600, 613
 Miller, N. E., 248
 Miller, P. H., 220, 221, 229, 259, 286, 316
 Miller, P. J., 87, 258
 Miller, P., 34, 269
 Miller, S. A., 220, 221, 229, 286, 316
 Miller, S. K., 569
 Miller, S., 65, 590
 Millstein, S. G., 356, 358
 Minorías
 en la vejez, 587
 patrones de carrera de las, 471-472
 profecía autorrealizada, y, 294-295
 y prejuicio, 338-339
 y tabaquismo, 495
 Mintz, J., 258
 Miopía, 277, 487
 Miringoff, N., 195
 Misukanis, T. M., 265
 Mitchell, D., 424, 505
 Mitos, 528
 Mitosis, 89, 90
 Mnemónicos, 220-221

- Modelamiento, 229
de roles, y elección de carrera, 462
y agresión, 249
y conducta prosocial, 251
- Modelo(s)
computarizado del pensamiento, 33-34
de crisis, 485
de desarrollo del momento en que ocurren los hechos, 517
de procesamiento de información, 564-565
de separación materna, 196
de sistemas ecológicos, 110-112, 444
de transición, 484-485
- Modell, B., 98
- Modificación de conducta, 29, 106-108
- Moeller, G. H., 297
- Moerk, E. L., 162
- Moldeamiento, 107
- Mollnow, E., 62, 63, 64
- Moncur, J. P., 143
- Monea, H. E., 549, 551
- Money, J., 351
- Monitores fetales, 72-73, 74
- Monogamia, 417, 421, 452-453
- Monólogos colectivos, 223-224
- Monte, C. F., 514
- Montemayor, R., 383
- Montero, I., 224
- Moore, J. W., 15
- Moore, K., 53
- Moore, M. K., 79, 141, 147, 148
- Moore, W. E., 465, 469
- Mor, V., 560, 597, 621
- Mora, J. O., 138
- Moralidad
definición, 316
del adolescente, 370
en la niñez temprana, 259-260
enseñanza de la, 370
familias como transmisoras de, 113-114
género y, 318-319
teoría de la
de Eisenberg, 319
de Gilligan, 318-319
de Kohlberg, 316-318
de Piaget, 316
- Morfemas, 156
- Morgan, D., 620
- Morgan, L., 522
- Morris, L. A., 362
- Morris, N., 80
- Morrison, D. M., 363
- Morrow, K. B., 386
- Morse, Cowan, 143
- Moss, H. A., 265
- Motenko, A., 591
- Motivación
de competencia, 209-210
- de logro, 297
para el trabajo, 469
- Movimiento(s)
juego con, 228
periódicos de las extremidades, 555
- Mowrer, O. H., 248
- Mueller, E., 329
- Mueller, R. A., 265
- Mueller, Tingley, 24
- Muenz, L., 62
- Muerte, 605-627
causas de, en la niñez media, 280, 281
cómo enfrentar la propia, 610-613
como etapa del desarrollo, 610-611
criterios de Harvard para definir la, 617-618
de un niño, 623-624
definición de, 606
del cónyuge, 496
derecho a morir, 616-618
duelo y luto ante la 619-624
enfermedad y, 611-613
en la juventud, 416
en la madurez, 493
etapas de ajuste a la, 611
humana, búsqueda de una, 614-618
invisible, 607
negación de, 607-608
preocupación por la, 608-610
sumisa, 613
- Muestreo del vello coriónico, 97, 98, 417
- Muir, D., 142, 143
- Mujeres
en el lugar de trabajo, 470-475
expansivas, 517
innovadoras, 517
tradicionales, 517
- Munn, P., 190, 259
- Murphy, L. B., 246, 523, 590
- Murphy, P. A., 58
- Murstein, B. I., 356, 451
- Musa, D., 415
- Músculos
en la niñez temprana, 276
en la vejez, 557
estriados, 415
- Musick, J. S., 365
- Mutran, E. J., 586
- Mutualidad, 178
- Muuss, R. E., 353
- Mydegger, Mitteness, 516
- Myers, B., 256-257
- Myers, N. A., 149, 219
- Mylander, C., 162
- **N**
- Nacimiento, 72
- Naeye, Peters, 64
- Naeye, R. L., 64
- Nagel, K. L., 353
- Nakagawa, N., 26
- Nale, K. J., 223
- Narrol, H. G., 300
- Nathanson, Lorenz, 489
- National Center for Addiction and Substance Abuse, 66
- National Center for Health Statistics, 362, 401, 458, 459, 460, 493, 494, 498, 499, 547, 554, 559
- National Dairy Council, 559
- National Institute on Drug Abuse, 396, 397
- Naturaleza frente a crianza, 7
- Naus, M. J., 285
- Necher, R., 34
- Negación, 19, 243
de la muerte, 607-608
etapa de la muerte, 611
- Negligencia
definición de, 328
efectos de la, en los infantes, 180-181
popularidad y, 254
- Neimark, E. D., 366
- Nelson, C. A., 137, 205
- Nelson, K., 137, 159, 205, 217, 220, 286
- Nelson-Goens, G. C., 171
- Neonatos, 68-70, 124-129
ajuste de los, 69-70
aprendizaje y habituación de los, 127-129
competencias y estados de los, 125-127
evaluación de los, 129
pruebas de Apgar y, 70
reflejos de los, 126-127
tamaño y aspecto de los, 68-69
- Nesselroade, C., 565
- Neugarten, B. L., 15, 411, 412, 436, 483, 485, 488, 501, 519, 523, 545, 549, 580
- Neugarten, D. A., 549
- Neuronas, 205
- Neuroticismo, 581
- Neurovich, Y. Z., 209
- Nevill, D., 354
- Neville, B., 183
- New England Journal of Medicine, 490
- New, R., 187
- Newberry, J., 557
- Newcomb, A. F., 336
- Newcomb, M. D., 398
- Newman, B. M., 487
- Newman, L., 64, 65
- Newman, L. S., 220
- Newman, N. M., 134
- Newton, N., 187
- Newton, P. M., 433, 468
- Ney, P. G., 330
- Ng, S., 65
- Nicolopoulou, A., 217, 254
- Nicho cultural, 13
- Nichols, B., 205, 276, 280
- Niederhauser, D., 300
- Nilsson, L., 50, 69
- Niñez media, 273-343
alfabetismo y, 287-289
aprendizaje y pensamiento en la, 295-302
autoconcepto en la, 313-315
autoconocimiento en la, 108
conciencia racial en la, 338-339
conocimiento y razonamiento social en la, 315-319
definición de la, 274
desarrollo
cognoscitivo en la, 281-289
de la personalidad en la, 312-315
desarrollo motor en la, 276-277
físico en la, 275-281
escuela y, 295-302
influencia de la familia durante la, 319-331
inteligencia y aprovechamiento en la, 289-295
metacognición en la, 286-287
procesamiento de la información en la, 285-287
relaciones con los compañeros en la, 331-339
salud en la, 277-281
trastornos del desarrollo en la, 302-306
- Niñez temprana, 165-271
agresión y, 247-250
amistades en la, 259-560
aprendizaje en la, 227-232
autoconcepto en la, 258-260
autorregulación en la, 243-244, 258-259, 267-269
compañeros y, 252-255
desarrollo cognoscitivo, 210-221, 257-262
de la personalidad en la, 239-271
de las habilidades sociales en la, 252-255
del cerebro, 205-207
físico y motor, 203-210
disciplina y, 267-269
disputas en la, 259-260
esquemas de género en, 260-261
función de los compañeros en la, 231-232
habilidades motoras en la, 207-210

- habla privada en la, 224
 juego en la, 227-232, 252-255
 lenguaje en la, 221-227
 memoria en la, 218-221
 pensamiento preoperacional en la, 210-217
 perspectivas
 del aprendizaje social sobre la, 247-257
 históricas sobre la, 10-12
 psicodinámicas sobre la, 239-247
 sociales sobre la, 217-218
 roles de género y, 256-257
 socialización en la, 239-271
 tamaño y proporciones corporales, 203-205
 temor y ansiedad en la, 240-243
 y conducta prosocial, 251-252
- Niño(s)
 “difíciles”, 169, 456
 apego y, 171
 con llave, 280, 322, 384-385
 con necesidades especiales
 apego y, 181-182
 conducta social y, 23
 y maltrato, 330-331
 de bajo peso al nacer, 75
 expresivos, 159
 fáciles, 169
 lentos para responder, 169
 resistentes, 117-118, 323-324
 sobredotados, 25-26
- Nivel
 de actividad, 103, 208. *Vea también* Ejercicio socioeconómico en la madurez, 518
 y adultez, 15
 y cuidado diurno, 195
 y enfermedades en la vejez, 559
 y madres solteras, 458-460
 de umbral, 60
- Noam, G., 383
 Nock, S., 519
 Nonagenarios, 551-552
 Normas
 de las pruebas, 24-25
 sociales, 316, 411-412
 Norton, M. C., 360, 361
 Novacek, J., 582, 583
 Noviazgo
 en el adolescente, 387, 389
 formación de pareja, 451-453
 Nozyce, M., 62
 Nugent, J. K., 12, 62
 Número, conservación del, 215
 Nutrición. *Vea también* Desnutrición de la madre, 51, 57-58
 de los infantes, 137-138
 en la vejez, 559, 571
 Nwokah, E., 171
- **O**
 Oakley, A., 75
 Obesidad
 en la niñez media, 278-280
 raza y, 499
 y esperanza de vida, 561
 O’Boyle, C., 261
 O’Brien, M. A., 181
 O’Brien, M., 223
 O’Briend, S. J., 100
 O’Bryant, S. L., 593
 Observación(es)
 de campo, 21, 23-24
 de laboratorio, 21, 23-24
 naturalista, 21, 23-24
 sistemática, 21, 23-24
 Obsolescencia, 505
 Obtención de fama efímera, 613
 Ocampo, K. A., 338
 O’Carroll, P. W., 401
 O’Connor-Francoeur, P., 277
 Octogenarios, 550-551
 Ochs, A., 557
 Oficina del Censo de los Estados Unidos, 185, 250, 321, 324, 356, 416, 452, 453, 454, 458, 459, 463, 470, 471, 506, 547, 548, 551, 587, 591, 592, 594, 595, 613
 Offer, D., 377, 400
 O’Hara, M., 456
 Ohlsson, A., 72
 Oktay, J. A., 599
 Okun, B. F., 443, 462, 534
 Olenick, M., 246
 Olfato, sentido del, 144, 487
 Olsen, D. H., 385
 Olsen, J. A., 361
 Olshansky, S. J., 551
 Olsho, L. W., 487, 556
 Olson, D. H., 590
 Olson, M. R., 325
 Olson, S. L., 177
 Olson, T. D., 360
 Olver, R. R., 283
 Oller, D. K., 158
 Opiniones políticas, 382
 Oppenheim, D., 254
 Oración, 585
 Orbzut, J. E., 156
 Orden de nacimiento, 267
 Ordy, J. M., 141
 Orenstein, P., 400, 403
 Organización, 286
 de la memoria, 219-220
 de Naciones Unidas, 204
 Nacional de Hospicios (National Hospice Organization), 615
 Orlos, J. B., 352
 Ormel, J., 88
 Ornstein, P. A., 285
- Osificación, 205
 Osofsky, H. J., 7, 79, 454
 Osofsky, J. D., 78, 79, 454
 Osteoporosis, 489, 490, 497, 557
 Oster, H., 144
 Ostrov, E., 400
 Otros significativos, 6, 379
 Ouellette, E. M., 62
 Ovulación, 49
 Óvulos, 47, 49, 89, 90
 Owen, M. T., 143
 Owsley, C., 143
 Oxorn, H., 64
- **P**
 Padre(s)
 ajuste de, a la crianza, 78
 apego y, 182-183
 autoritarios, 263-265, 320, 383
 autoritativos (o con autoridad), 263, 265, 383
 conducta sexual de las hijas, 350
 desarrollo de los roles de género, 257
 estilos paternos de crianza, 183-184
 función de los, en la adolescencia, 385
 infantes y, 182-184
 participación de los, como cuidadores, 80
 parto y, 71-72, 80
 permisivos, 263-265
 sistemas familiares, 184
 solteros, 460-461
 Paernow, P. L., 533
 Pagani, L., 399
 Palabras
 de contenido, 160
 funcionales, 160
 Palkovitz, R., 80
 Palmon, R., 424, 505
 Palmore, Maeda, 547
 Pandillas, 389-390
 Paneake, V. R., 176
 Papousek, H., 128
 Paradigma(s), 412-413
 contextuales, 412-413
 de la novedad, 140
 de la sorpresa, 140
 en la investigación, 140
 Parálisis cerebral, 182
 Paris, S. C., 286
 Parke, R. D., 78, 129, 182, 183, 184, 248, 329, 330, 331
 Parker, J. G., 253, 334
 Parker, W. A., 71, 72
 Parkhurst, J. T., 336
 Parmalee, A. H., hijo, 278
 Parrat, P., 560
 Parten, M. B., 252
 Parteras, 71
 Parto(s), 65-77
 ajuste de los padres al, 77-78
 apego en el, 79-80
 complicaciones en el, 73-76
 de alto riesgo, 72-73, 76
 diferencias culturales en el, 70-71, 78-79
 etapas del, 66-67
 experiencia del infante en el, 68-70
 métodos del, 70-73
 múltiples, 75
 natural o preparado, 71-72
 natural, 71-72
 papel de los padres en el, 78
 por cesárea, 74-7
 premature, 75-76
 preparado, 71-72
 presentación de nalgas, 73-74
 tradicional, 71
 Pasamanick, B., 75
 Pasión, 449
 Pasley, B. K., 533
 Pasley, K., 532
 Pasternack, J. F., 259, 319
 Patterson, C., 357
 Pattison, E. M., 608
 Paulby, S. T., 178
 Pauls, D., 242, 569
 Pavlov, I. P., 105
 Payne, T. F., 65
 Pecado original, 20
 Peck, R. C., 514-515, 581
 Peck, R. F., 514-515
 Pederson, D. R., 212
 Pederson, F., 80
 Pediatrics, 72
 Pelaez, M. B., 499
 Pellegrini, A. D., 229
 Pelletz, L., 353
 Pensamiento
 abstracto, 365-366
 concreto, 212
 crítico, 296-297
 de las operaciones formales, 365-366, 424-426
 dialéctico, 424-425
 dualista, 424-425
 escuela y, 296-297. *Vea también* Tipos específicos del pensamiento moral, enseñanza del, 370
 operacional concreto, 212, 281-285
 sociocéntrico, 212
 Percepción, 140
 de la distancia en infantes, 142-143
 de profundidad, 142-143, 556
 Pericia, 504-505
 Perinatología, 72
 Perineo, 67
 Periodo(s)
 críticos, 9, 456-458
 de adquisición, 426

- de latencia, 18, 313
de transición, 211
embrionario, 50-52
en el desarrollo prenatal, 58-60
fetal, 52-55
germinal, 47, 49-50
intuitivo, 211, 215
óptimos, 9
preconceptual, 211, 215
prenatales, 47-56
sensibles, 9
sensoriomotor, 146-150
- Perkins, E. P., 23
Perlmutter, M., 219, 556, 563, 571, 572
- Permanencia
de la persona, 149
del objeto, 148-149
- Perry, D. G., 259, 268, 336
Perry, L. C., 336
Perry, W. G., hijo, 424
Perry-Jenkins, M., 444, 474
Person, D., 563, 571, 572
- Personalidad
andrógina, 261-262
cambios de, en la edad madura, 526
continuidad de la, 581-582
definición de la, 168
en la juventud, 442-443
en la madurez, 513-518, 526
en la niñez media, 312-315
en la niñez temprana, 239-271
estabilidad de la, 259
estatus fraterno y, 266-267
estrés y, 323-324
función del estrés en, 497
integridad de la, 609
pruebas de la, 24
teoría
de la, de Erikson, 19-21
freudiana de la, 17-19
de, 16-21
y elección de carrera, 464
- Perspectiva(s)
del sistema familiar, 452
transculturales
ancianos en, 546-547
castigo y, 328
del desarrollo del adolescente, 378-379
duelo, 621-623
estilos de crianza, 265
juego y, 254
menopausia, 488-489
monogamia, 452
orden de nacimiento, 267
pragmática y, 225
temor, ansiedad y, 242-243
- Peso
bajo al nacer, 73, 75
en la madurez, 493
reducción de, programas de, 279
- Peters, J. M., 300
Petersen, A. C., 297
Peterson, A. C., 352, 363, 400
Peterson, B. E., 513
Petrovitch, H., 490
Pettersen, L., 142
Pettit, G. S., 254, 329, 336
Pfeiffer, D., 447
Phillipps, D., 65, 195, 456
Phillips, D., 322
Phillips, S. F., 207
Piaget, J., 212, 213, 283, 313, 333, 366
crítica de, 150, 216-217
habla egocéntrica, 224
periodo sensoriomotor, 146-150
razonamiento moral, 316
teoría del desarrollo cognoscitivo de, 34-36
- Pianta, R., 181
Picano, J., 434
Pickles, A., 88
Pichitino, J. P., 460-461
Piedad filial, 546-547
Pietromonaco, P., 472
Pillemer, K., 598
Pimley, S., 582, 583
Pine, C., 114, 459
Pine, J. M., 159
Pines, M., 117
Pinker, S., 222
Piotrkowski, C. S., 474
Piper, J. M., 62
Pisoni, D. V., 55
Pitcher, E. G., 256-257
Placenta, 51
Placer sensorial, 228
Planeación de la jubilación, 588
Pleck, J. H., 182, 473
Plomin, R., 88, 102, 103, 112, 266, 267, 292
Plude, D. J., 556
Plumb, J. H., 10
- Pobreza
adolescencia y, 13
ancianos y, 587
en familias de madre soltera, 459
éxito en la escuela y, 301-302
maltrato del niño y, 330
padres adolescentes y, 365
progenitores solteros y, 324-325
raza y, 227
salud y, 499-500
tabaquismo y, 495-496
- Poe, W., 560
- Política social
ancianos y, 552
y los ancianos, 594-600
- Polk, K., 474
Pollack, R. H., 487
Pollack, W. S., 184
Pollitt, E., 58, 137, 204
Pollock, L. A., 11
- Ponsonby, A. B., 134
Poon, L., 564, 565
- Popularidad
apego y, 177
del adolescente, 354, 402
depresión y, 402
en grupos de compañeros, 336
en la niñez temprana, 253-255
habilidades sociales y, 253-255
maduración temprana y, 354
- Porac, C., 207
Porter, R. H., 144
Porterfield, E., 452
Posada, G., 189
Posada, R., 189
Pottick, K., 473
Potts, M. K., 594
Potts, R., 258
Power, C., 317
Powers, S., 351, 377, 383
Powlisha, K. K., 314
- Práctica, 209
Pragmática, 224-225
Predisposición, 101, 102
genética, 102
Preeclampsia, 61
Prejuicio, 338-339
Prematuros, 75-76, 144
- Preocupación
por el ego, 518
por la muerte, 618, 619
- Preparación en la carrera, 464-465
- Preprogramación, 101
apego y, 171
- Presentación de nalgas, 73-74
- Presión arterial alta, 61, 557
- Price, J. M., 249, 333, 336
- Principio(s)
de moralidad, 17
de realidad, 17
del placer, 17
del razonamiento numérico, 217
- Privacidad (intimidad)
investigación y, 39
- Privación social, 175
- Problema(s)
de inclusión en una clase, 213
de las montañas, 213
de los cerillos, 283
- Procedimiento de tiempo fuera, 107
- Procesamiento
en paralelo, 34
serial, 34
- Proceso
de control, 285-286
de morir, 605-627
- Profecía
autorrealizada, 294-295, 571
- Profesores (maestros)
aceptación de los compañeros y, 336
elogio por los, 284, 314-315
- Progenitor(es)
aceptación de riesgos por el adolescente y, 393
adolescentes y, 362-364
adultos jóvenes y, 435
alfabetización de los hijos y, 287-288
autoestima de los, 456
con hijos adolescentes, 519
cuidado de los, que enviven, 521-524
efectos de la conducta de los hijos en los, 265-266
empleo y cuidado diurno de los, 193-196
éxito en la escuela y, 300-302
hijos adultos y, 520-524
indiferentes, 263-265
infantes con discapacidades graves y, 182
interacción de los, con infantes, 178-179
madres como, 458-460
muerte de los, 413
padres como, 460-461
pobreza y, 365
referenciación social de los, 187-188
renegociación de relaciones entre, 458
satisfacción con el trabajo de, 444
solteros, 458-461
- Progesterona, 349-350
- Programa de razón variable, 107-108
- Proporciones corporales, 204-205
- Proteína, 138
- Proyección, 243
- Proyecto del Genoma Humano, 100
- Pruchno, R., 591
- Prueba(s)
de aprendizaje, 31
de desempeño, 31
de inteligencia, 24-25, 289-295
de Wechsler, 290-291
limitaciones de las, 293-295
Piaget y las, 35
y escala de Stanford-Binet, 290
- de la situación desconocida, 23, 175-176
de Stanford-Binet, 290
estandarizadas, 24-25, 289
proyectivas, 24
psicológicas, 24-25
referidas
a criterios, 289
a una norma, 289

Pruett, K. D., 78, 80
 Psicología humanista, 20, 444
 Pubertad, 349-350, 351
 Pulmones, 558
 Purcell, P., 260
 Putallaz, M., 254
 Pynoos, J., 598

■ Q

Quadrel, M. J., 356, 393
 Queenan, J. T., 61
 Quehaceres domésticos, 254, 384-385
 Quick, J. C., 535
 Quinn, J. F., 550, 587, 589
 Quinsberry, N. L., 228

■ R

Racionalización, 19, 242, 243
 Radbill, S., 328
 Radicales libres, 562
 Radke-Yarrow, M., 190
 Radner, 587
 Rahe, R. H., 498
 Ramey, C. T., 9, 58
 Ramey, S. L., 9
 Ramsey, F. C., 138
 Rando, T., 620
 Rapoport, R. M., 473
 Rasgos
 definición de, 313
 dominantes, 90-91, 94
 ESA (emocionalidad, socialidad, nivel de actividad), 103
 recesivos, 90-91, 93-94
 Ratcliff, K. S., 474
 Ratner, H. H., 219, 220
 Ratner, N., 179
 Rauste-von Wright, M., 352
 Rayner, Rosalie, 38
 Raza(s)
 aprovechamiento y, 293
 autoestima y, 314
 autoimagen y, 403
 conciencia de la, 338-339
 depresión y, 400, 402
 elección de carrera y, 462-463
 envejecimiento y, 596
 éxito en la escuela y, 300, 301-302
 hogares en que viven varias generaciones y, 324-325
 matrimonio y, 452
 prejuicio y, 338-339
 pruebas de CI y, 292
 salud y, 498-500
 Razonamiento, 297, 424
 inductivo, 503
 moral
 convencional, 317
 posconvencional, 317

Reacciones circulares, 146
 Realismo moral, 316
 Reciprocidad
 en la amistad, 334, 526
 social, 252
 Reconocimiento, 219
 Recordación, como pensamiento, 297
 Recuerdo, 219
 Recuperación, en la memoria, 286
 Rechazo, 329
 Red de Investigaciones sobre el Desarrollo Satisfactorio de la Madurez de la Fundación MacArthur (MacArthur Foundation Research Network on Successful Midlife Development), 485-486
 Reducción del tamaño, 534, 535, 586
 Redundancia, y visión, 556
 Referenciación social, 174
 Referencial, estilo del habla infantil, 159
 Reflejo(s), 126-127, 133
 de Babinski, 127
 de búsqueda, 127, 144
 de marcha, 127
 de Moro, 126-127
 de natación, 127
 de parpadeo, 127
 de succión, 127
 de supervivencia, 126-127
 palmar, 126-127
 plantar, 127
 pupilar, 127
 tónico del cuello, 127
 Reflexión, 580-581
 Reflexionar, como pensamiento, 297
 Reforma de los programas de asistencia social, 460
 Reforzamiento, 106-107
 negativo, 107
 parcial, 107-108
 positivo, 107
 Registro sensorial, 218
 Regresión, 243
 Regulación
 de las emociones, 243-244
 de la temperatura, 558
 Reich, P. A., 224
 Reid, M., 98
 Reid, W. J., 474
 Reimer, J., 317
 Reinhold, R., 397
 Reinke, B. J., 517
 Reintegración en el pensamiento, 426
 Reisberg, B., 569
 Reiss, I. L., 364

Reitzes, D. C., 586
 Relacionarse, como pensamiento, 297
 Relación(es), 5
 apego y, 169-171
 causales, 213-214, 282
 con otros significativos, 6
 en la juventud, 448-453
 entre generaciones, 521, 522-524
 hermanos y, 266-267
 madurez y, 520-527
 patrones de, tempranas, 174-182
 sexuales
 edad promedio de las primeras, 359
 frecuencia de, 491, 492
 Relativismo
 conceptual, 424
 de valores, 566-567, 568
 moral, 316
 Religión, 585, 609
 Relojes biológicos, 411-412
 Reminiscencia, 580-581
 Renshaw, P. D., 252, 254, 255
 Reorganización, como pensamiento, 297
 Repaso, 219-220, 285
 Repetición, como pensamiento, 297
 Repetti, R., 447, 448, 472
 Replicación experimental, 31-32
 Representación
 del espacio, 212
 de roles, 230-231
 y conducta prosocial, 251-252
 simbólica, 149-150, 211-212
 Represión, 243
 Resch, N., 591
 Responsabilidad, 425
 social, 316, 426
 Respuesta
 condicionada (RC), 105
 incondicionada (RI), 105
 Ressel, F., 87
 Restak, R., 55
 Retraso
 cultural-familiar, 303
 mental, 302-303
 uso de alcohol por la madre y, 62
 Retroalimentación, 210
 Reuhl, K. R., 63
 Reuter News Service, 339
 Reversibilidad del pensamiento, 284
 Revolución sexual, 355-356
 Reynolds, D. K., 609
 Reznick, J. S., 242, 569
 Rhodes, S., 535
 Rice, K., 446
 Ricks, S. S., 182, 183, 184
 Richards, M., 75

Richards, R. I., 93, 95
 Richardson, M., 519
 Richardson, S. O., 304
 Richelson, G., 536
 Richman, C. L., 187, 251
 Rider, R. V., 75
 Riegel, K., 424-425
 Riker, H. C., 588
 Riley, M. W., 613
 Ritalin, 305
 Ritchie, K., 572
 Ritos de transición, 346
 Ritter, P. L., 265, 385
 Rituales, 229, 623
 Rivalidad entre hermanos, 266
 Rivera, J., 58
 Rizzo, T. A., 333
 Rizzoli, R., 490
 Robbins, D., 618
 Roberts, C., 445
 Roberts, D. F., 265
 Roberts, M. C., 280
 Roberts, R., 433, 468
 Robertson, J. F., 524
 Robertson, M., 208
 Robinson, A., 153
 Robinson, I. E., 356
 Robinson, N. M., 75
 Rochat, P., 134
 Rodin, J., 471, 472, 475
 Rodman, H., 322-324
 Rodríguez, B., 490
 Roe, A., 463
 Rogel, M. J., 363
 Rogers, C., 20
 Rogers, L., 214
 Rogerson, P. A., 592
 Rogoff, B., 152-153, 188, 217, 231, 320
 Rogosch, F. A., 324
 Roles
 de género, 256
 androginia y, 261-262
 conciencia de, en los infantes, 191
 en la vejez, 590-591
 estereotipos de los, 257
 hermanos y, 267
 lenguaje y, 223
 y conducta sexual, 358
 generacionales, 455
 Rones, P., 459, 463
 Roscoe, B., 388
 Rose, S. A., 144
 Rose, T. H., 72
 Rosel, N., 616
 Rosen, B., 472
 Rosen, T. J., 222
 Rosenberg, B. G., 267
 Rosenberg, S. D., 516
 Rosenfeld, R., 434, 462, 471, 473
 Rosenstein, D., 144
 Rosenthal, J. A., 279, 328
 Rosett, H. L., 62

- Roskinski, R. R., 141
 Rosner, T. T., 523
 Rosow, I., 578
 Ross, H., 158
 Ross, L., 315, 458, 459
 Rossi, A. S., 455
 Rossman, I., 554
 Rothman, M. B., 499
 Roug, L., 157
 Roughton, E. C., 64
 Rousseau, Jean Jacques, 20
 Rovee-Collier, C., 149
 Rovine, M., 171, 177, 195, 456, 522
 Rowe, J. W., 585
 Rowe, P., 496, 600
 Rowland, C. F., 159
 Rubéola, 9, 60, 61
 Rubin, K. H., 150, 231, 254, 317
 Rubin, L., 334, 519
 Rubin, N. J., 337
 Rubinstein, E. A., 249
 Ruble D., 256, 262, 355
 Ruble, D. N., 260
 Rudd, P., 560
 Ruebsaat, H. J., 489
 Rug, R., 88
 Rushton, T. P., 251
 Russell, D., 361
 Rutter, M., 88, 117, 241, 247, 326, 327
 Ryan, R. M., 329
 Ryff, C. D., 583, 584
 Rynes, S., 472
- **S**
- Sabiduría, 566-567, 568
 Saco amniótico, 51, 67
 Sagart, L., 158
 Sagi, A., 189
 Salapatek, P., 141
 Salend, E., 598
 Salt, P., 138
 Salthouse, T., 415, 424, 503, 504, 505, 563, 564
 Saltzman, L. E., 401
 Salud
 actividad sexual, 491
 en la juventud, 414-417
 en la madurez, 492-50
 en la vejez, 558-560, 583-584
 en mujeres que trabajan, 472
 estrés y, 496-498
 hábitos de, efectos de, 494-496
 hispanos y, 500
 jubilación y, 586-587
 pobreza y, 499-500
 raza y, 498-500
 trabajo y, 447-448
 Salzman, C., 560
 Sameroff, y otros, 301
 Sampson, P., 62, 64
 Sander, G., 561
 Sandman, B. M., 64
 Sandstead, H. H., 58
 Sangl, J., 131
 Saperstein, A., 591
 Sapolsky, R. M., 98
 Saslow, R., 506
 Satisfacción
 con la vida, 584
 en el trabajo, 447-448, 474-475
 marital
 de parejas de doble ingreso, 473-475
 en la madurez, 520
 Satz, M., 598
 Saudino, K. J., 88
 Sawhill, I., 458, 459
 Sayer, C., 622
 Scanlon, J., 416
 Scarborough, H. S., 305
 Scarr, S., 65, 102-103, 195, 322
 Scientific American, 99, 490
 Scott, J. P., 88
 Scott, R., 572
 Schacter, F., 222
 Schaffer, H., 177-178
 Schaie, K. W., 423, 425-426, 500, 502, 503, 506
 Schardein, J. L., 60
 Schatz, J., 150
 Scheier, L. M., 397
 Schein, E. H., 534
 Schell, D. A., 566
 Schellenbach, C., 398
 Schieber, F., 487, 556
 Schlesinger, J. M., 160, 532
 Schmitt, J., 453
 Schneck, M. K., 569
 Schneider, 561, 562, 563
 Schneider, M. L., 64
 Schneider, W., 207
 Schock, N., 557
 Schofield, J. W., 300
 Schooler, C., 505
 Schoonover, C., 523, 524
 Schrier, R. W., 495, 496
 Schuchman, Wilkes, 401
 Schulman, S., 385, 386
 Schultz, L. H., 256-257
 Schultz, R., 256-257, 415
 Schwartz, J., 229
 Schwartz, P., 421, 453
 Schwartz, P. M., 63
 Sears, R. R., 248
 Sebald, H., 387, 388
 Sebes, J., 398
 Secuencia, sentido de, 213-214
 Secundinas, fase de expulsión de, 67
 Sedlacek, W. E., 356
 Sedlack, A. J., 328-330
 Segal, N., 292
 Segal, S., 533
 Segregación por la edad, 346-347
 Segundas nupcias, 530, 531-533, 592
 Seguro(s)
 de gastos médicos, 499
 social, 587, 589
 Selección natural, 101
 Seligman, M. E. P., 614
 Selman, R., 332, 333
 Seltzer, V. C., 386
 Sells, C. J., 75
 Semántica, 156
 Senescencia, 561
 Senilidad, 569. *Vea también* Demencia
 Sensación, 140
 cambio de la, 487, 556-557
 Sensibilidad y responsividad
 negación de, como maltrato del niño, 329
 Sensualidad, 244-245, 491
 Sentidos
 en la infancia, 140-144
 Septuagenarios, 550
 Serbin, L. A., 314
 Servicios
 comunitarios, 599
 en casa, 615
 fúnebres, 623
 Sesgo(s)
 en estudios longitudinales, 26
 en las pruebas de CI, 292, 293-295
 Seshachalam, D., 58
 Sewart, L., 260
 Sexagenarios, 549, 550
 Sexo, 256
 premarital, 418
 Sexualidad
 actitudes y conducta del adolescente ante la, 355-364
 curiosidad acerca de la, en la niñez temprana, 244-245
 diferencias de género en la expresión de la, 358
 en la juventud, 417-423
 en la madurez, 489-490, 490-492
 en la vejez, 550
 homosexualidad y, 356-358, 420-421
 relaciones precoces en la, 358-361
 y noviazgo, 387-389
 Shacham, S., 71
 Shadid, G., 446
 Shaffer, D. R., 260, 445
 Shanas, E., 597
 Shaner, J. L., 546
 Shannon, D., 134
 Shantz, C. U., 248, 260
 Shapira, A., 252
 Shapiro, M., 616, 617, 618
 Shapiro y Tate, 597
 Sharabany, R., 387
 Shatz, M., 55, 143, 225, 230
 Shaw, L., 471
 Shaywitz, B. A., 304
 Shaywitz, S. E., 304
 Sheehan, C., 473
 Sheehy, G., 578-579
 Sheiman, D. L., 276
 Shell, N., 319
 Shennan, A. T., 72
 Shepard, Shepard, 488, 489
 Sherif, C. W., 335
 Sherif, M., 335
 Sherman, E., 484, 610
 Sherwood, S., 597, 621
 Shettles, L. B., 88
 Shields, A. M., 329
 Shiffrin, R. M., 207, 218
 Shin, P., 319
 Shin, Y. L., 254
 Shneidman, 26
 Shoelmerich, A., 189
 Shope, J. T., 403
 Shore, R., 9
 Shostak, M., 70
 Shryer, T. L., 256
 Shute, N., 492-493
 SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), 356, 398, 416, 417, 421
 el proceso de morir con, 611-613
 hemofilia y, 94
 homosexualidad y, 358
 sobrecarga del duelo y, 621
 transmisión del, al feto, 60-62
 Sidney, K., H., 494
 Sieber, R., T., 296
 Siegel, S., 446
 Siegler, I. C., 494
 Siegler, R. S., 34, 211, 217, 286, 367, 415
 Sífilis, 61, 422. *Vea también* Enfermedades de transmisión sexual
 Significado(s), 610
 compartidos, 152
 del trabajo, 471-472
 sistemas de, 426-427
 Signorelli, N., 260
 Silverman, N., 329
 Silverman, S., 585
 Simmel, E., 103
 Simmons, R. G., 354
 Simonoff, E., 88
 Simonton, D., 501
 Simopoulos, A. P., 58
 Simulación, 231
 de compañeros imaginarios, 255
 en la infancia, 149-150
 Sincronía de la interacción, 178
 Síndrome
 de "la supermujer o el superhombre", 93
 de alcoholismo fetal, 62
 de Down, 57, 94, 95, 96

- de Klinefelter, 93
de los niños que no progresan, 180-181
de muerte repentina del infante, 133, 134
de Turner, 93
del nido vacío, 520
del X frágil, 93
Sinfeld, A., 536
Singer, D. G., 255
Singer, J. L., 255
Singer, R. D., 249
Sintaxis, 156
Sistema
 cardiovascular, 557-558
 de significado, 426-427
 inmunológico, 558, 562-563. *Vea también*
 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
nervioso
 desarrollo de las neuronas en el, 205
 en la madurez, 487
 en la niñez temprana, 207, 208
 mielinización del, 205
 prenatal, 53
 vestibular, 557
Skinner, B. F., 29, 106-107
Skolnick, A., 490
Skovronek, E., 424, 505
Slade, P., 71
Slahy, R., 248
Slavin, R. E., 304
Sledden, E. A., 280
Slobin, D., 158, 160-161
Slomin, M., 276
Smerglia, V., 524
Smetana, J., 519
Smith, A. D., 474
Smith, B. S., 220
Smith, C., 257
Smith, C. D., 391
Smith, H. T., 523, 590
Smith, J., 565
Smith, L. B., 142
Smith, L. M., 336
Smith, P. K., 229
Sneesby, K. R., 359-360
Snidman, N., 102, 103
Snow, C., 287
Snyder, P., 559
Sobol, A. M., 278
Sobrecarga de duelo, 621
Sobreextensiones, 159-160
Sobrerregulación, 221-222
Sociabilidad, 103
Social Security Administration, 587
Socialización, 11-12
 aculturación y, 109-114
 alfabetismo y, 288-289
 aprendizaje social y, 108-109
 autoconcepto y, 108-109
 autosocialización, 261
 compañeros en la niñez temprana y, 252-255
 de género, 474
 definición de la, 109, 168
 directa, 315
 en la juventud, 442-443
 en la niñez media, 315-319
 en la niñez temprana, 239-271
 en los infantes, 169-174
 género y, 256-257
 hermanos y, 184-185
 modelo ecológico de la, 110-112
 padres y, 183-184
 sistemas familiares y, 112-113
 trastornos del aprendizaje y, 304
Sociobiología, 102
Sockloff, A., 256-257
Soledad, 390
Solis, J. M., 499
Solitarios, 389-390
Solz, V., 266
Sollie, D. L., 386
Somníferos, 63
Sonenstein, F. L., 362
Sonogramas, 96
Sordera, 160, 162
 y apego, 181-182
Sorensen, R. C., 355
Sorenson, A., 114
Spaith, J., 463
Spangler, K. L., 287, 288
Spanier, G., 30
Spelke, E. S., 142
Spencer, E. K., 305
Spencer, M. B., 314, 338
Sperry y otros, 205, 206
Spitze, G., 523, 593
Spitzer, M., 557
Spokane, A. R., 470
Spore, D. L., 560
Spradling, V. Y., 113
Spruck, J., 518
Sroufe, L. A., 174, 176
Staines, G. L., 473
Stampfer, M. J., 490
Stangor, C., 260
Stanton, H. E., 305
Starfield, B., 277
Starr, M. D., 174
Staszewski, J., 415
Statistical Abstract of the United States, 193
Statistical Handbook on the American Family, 363
Staun, E., 252
Steckler, N., 462
Stein, A. H., 249
Stein, Z. A., 58
Steinberg, L., 265, 337, 377, 383, 399
Stemmler, M., 297, 400
Steon y otros, 596
Sternberg, R., 29, 367, 449-450, 566
Steven, K. G., 158
Stevens, N., 593
Stevens-Long, J., 422
Stevenson, H., 298
Stevenson, H. W., 298
Stewart, W., 434
Stifter, C. A., 196
Stigler, J. W., 298
Stillion, J., 609
Stoddart, T., 300
Stoller, E. P., 5, 116, 413
Stone, B. P., 285
Stone, R., 131, 523, 590
Strage, A., 222
Strahm, S., 546
Strand, K., 222
Strassberg, Z., 248
Strauss, W., 378
Streissguth, A. P., 62, 64
Strickland, A., 608
Stringer, L. A., 336
Stroebe, M., 621
Stueve, O'Donnell, 521, 524
Stull, D. E., 524
Stunkard, A. J., 279
Sturm and Drang (tormenta y estrés), 377
Subbotsky, E., 211
Subcontratación, 534, 535
Subdialectos, 225-226
Subordinación funcional, 207
Succión del pulgar, 187
Suecia
 abandono de los progenitores en, 194
 ancianos en, 552
 centros de cuidado diurno en, 193
Sueño(s)
 definición, 431
 diferencias de género en los, 433
 en la vejez, 555
 modificación, 467
 posición y síndrome de muerte repentina de infantes, 134
 y apnea, 555
Sugarman, S., 155
Suicidio
 asistido, 617-618
 entre adolescentes, 401
 entre ancianos, 613-614
 homosexualidad y, 358
Sulzby, T., 287
Sundel, M., 484
Super, C. M., 138, 254
Super, D. E., 464
Superego (superyó), 17-18
Surdell, M., 523
Susser, M. W., 58
Sutherland, G. R., 93, 95
Sutton-Smith, B., 229, 267
Suzman, Richard, 594
Svejda, M., 187
Swoboda, M. J., 468
Synnevaag, B., 189
Szinovacz, M. E., 524, 525
- T
Tabaco
 consumo de, por adolescentes, 394-396
 efectos del, en el feto, 63, 64
 en la madurez, 494-496
Tabaquismo
 efectos del, en el feto, 63, 64
 en la madurez, 494-496
 entre los adolescentes, 394-396
 y SIDA, 134
Tabula rasa, 20
Tacto, sentido del, 144
Taft, L. L., 127
Talidad, 59-60
Tamis-LeMonda, C. S., 177
Tanner, J. M., 204, 349, 350, 351
Tarea escolar, 293
Tarin, J. J., 97
Tascon, M., 189
Taylor, B., 352
Taylor, D., 171
Taylor, M., 255
Tay-Sachs, enfermedad de, 95, 98
Teale, W., 287
Teixeira, R. A., 339
Televisión
 adolescentes y, 347
 agresión y, 27-28, 249, 250
 delincuencia y, 399
 estereotipos de género y, 260
 obesidad y, 279
 suicidio de los adolescentes y, 401
Tellegen, A., 292
Teller, D., 141
Temperamento, 168-169.
 Vea también
 Personalidad
 estrés y, 323-324
Tendencia(s)
 cefalocaudal, 55-56
 de lo general a lo específico, 56
 proximodistal, 56
Tensión
 de los roles, 517
 premenstrual, 351
Teoría(s)
 cognoscitiva social, 34, 315-316
 de desgaste y deterioro, 561-562
 del aprendizaje social, 239
 sobre la niñez temprana, 247-257

- de las etapas, 581
de las necesidades comple-
mentarias, 451
de los rasgos, 464
del aprendizaje, 30, 31
del autoconcepto, 464
del desarrollo, 32-36
 cognoscitivo, 8-9, 34-36,
 313
del estímulo, valor y fun-
ción, 451
del procesamiento de infor-
mación, 33-34, 150
 niñez media y, 285-287
 y desarrollo cognoscitivo
 del adolescente, 366-
 368
del reloj biológico
 en la juventud, 411-412
 y envejecimiento, 562-563
estocásticas del envejeci-
miento, 561-562
instrumental de selección de
 pareja, 451
mecanicista, 9-10
neofreudiana, 19-21
organísmica, 9-10
psicoanalítica, 17-19
psicodinámica, 239-247
 niñez media y, 313
 y moralidad, 316
psicosocial, 19-21
 definición de la, 18
 etapas de la, 22
 triangular del amor, 449-450
 tridimensional de la inteli-
 gencia, 292
Terapia correctiva de genes,
 98-100
 de reposición hormonal,
 489, 490
Teratógenos, 59-65
 alcohol, 62, 64
 cocaína, 64-65
 drogas, 62, 63
 enfermedades maternas y,
 60-62
 mariguana, 64
 tabaco, 64
Terman, L., 25-26, 290
Test de Apercepción Temática
 (TAT), 582
Test Preliminar de Aptitudes
 Escolares (TPAE), 300
Testosterona, 349, 489
Teti, D. M., 179, 251
Thal, D. J., 220
Thatcher, R. W., 206, 276
Theilgaard, A., 93
Thelen, E., 131, 133, 136, 137,
 203
Thomae, H., 582
Thomas, E., 534
Thompson, A. S., 588
Thompson, D. N., 369
Thompson, L., 474
Thompson, R. A., 39
Thompson, S. K., 260
Thorndike, E. L., 106
Thornton, A., 451, 453
Tiempo de reacción, 487, 503
Tiempo, sentido del, 213-214
Tikalsky, F. D., 243
Tilgher, A., 587
Timiras, P. S., 487, 558, 559
Timnick, L., 254, 324
Tinker, A., 598
Tinsley, B. J., 129
Tjian, R., 100
Tobias, S., 289
Tobin, S. S., 580, 597, 615
Todos los Santos, 622
Tomasello, M., 223
Ton, J., 157
Torgerson, J. K., 304
Torney-Purta, J., 368
Toth, S. L., 402
Toufexis, A., 360
Toxemia, 61
Trabajo. *Vea también* Carrera;
 Jubilación
 actitudes hacia el, 448, 467
 como estructura, 586
 como realización, 587
 de duelo, 619
 de parto, 66-67. *Vea también*
 Parto
 factores intrínsecos y extrín-
 secos del, 447-448
 habilidades cognoscitivas en
 el, 505-506
 inicial de parto, 66-67
 mujeres y el, 447
 significados del, 471-472
Tranquilizantes, 63, 560
Transferencia de información,
 565
Transición de estatus, 578
Trascendencia del ego, 515, 581
Trastorno(s)
 de ajuste (del sueño), 555
 de déficit de atención con
 hiperactividad, 305-
 306
 de estrés postraumático, 324
 de la alimentación, 352, 353,
 402
 de la expresión escrita, 303
 de matemáticas, 303-304
 de personalidad múltiple, 17
 del aprendizaje, 303-305
 del desarrollo, 302-306
Treas, J., 594
Tremblay, R. E., 399
Trimestres, 47, 53, 55
Trisomía-21, 94
Troll, L. E., 414, 417, 485, 513,
 520, 522, 525, 590
Trompas de Falopio, 49
Tronick, E., 171, 173
Trotten, K., 317
Troutman, B., 456
Tryon, K., 259
Tschann, J. M., 530
Tubo neural, 51
Turnbull, A. P., 23, 94, 182, 184,
 303
Turnbull, H. R., III, 23, 94, 182,
 184, 303
- U**
Udelf, M. S., 141
Udry, J. R., 350
Uhlenberg, P., 458
Ulman, K. J., 355
Ultrasonido, 96, 97
Ullman, M., 222
Universidad
 como preparación profesio-
 nal, 465
 de Chicago, 41, 419, 422
 de Michigan, 398
 en la madurez, 506
 etapas del pensamiento en la,
 424-425
Uretritis no gonocócica, 422
Usmiani, S., 353
Uso(s)
 del lenguaje, 154
 preferente
 de un pie, 207
 de una mano, 206-207
 percibidos de los objetos (af-
 fordances), 151
Útero, 49
Uzgiris, I. C., 147
- V**
Vaillant, G., 485
Validez
 de la prueba, 24-25
 ecológica, 31
Valores. *Vea también*
 Moralidad
 en la niñez temprana, 259-
 260
 trabajo y, 467
Valoski, A., 279
Valtin, R., 334
Valliant, 582
Van Ijzendoorn, M. H., 177
Vandell, D. L., 179, 194
Vandenberg, B., 150, 231
Variables
 dependientes, 31
 independientes, 31
Vejez, 14, 543-627
 abuso en la, 597, 598
 enfrentamiento en la, 582-583
 amistades en la, 593-594
 aspectos físicos de la, 553-
 560
 cambios cognoscitivos en la,
 563-572
 causas del envejecimiento,
 560-563
debilidad en la, 551, 552,
 596-597
demencia y, 567, 569-572
demografía de, 594-596
duración de, 547-553
envejecimiento exitoso en la,
 583-584, 585
estereotipos sobre los ancia-
 nos, 545-547
familia en la 589-593
institucionalización en la,
 597-598
jubilación y, 550, 585-589
medicamentos en, 559-560
memoria en la, 564-566
nonagenarios, 551-552
octogenarios, 550-551
opciones de estilo de vida
 en la, 597-600
personalidad en la, 579-584
perspectivas históricas en,
 546-547
política social y, 552, 594-600
sabiduría y, 566-567
salud y nutrición en la, 558-
 560
septuagenarios, 550
sexagenarios, 549-550
tareas del desarrollo en la,
 579-581
Venturelli, P., 397, 398
Verbos modales, 225
Verdonik, F., 563, 571, 572
Verma, I. M., 100
Vernix caseosa, 55
Verwoerd, A., 609, 615
Viabilidad, edad de, 53
Vida de jubilado, 588
VIH (virus de inmunodeficien-
 cia humana), 356,
 398, 421. *Vea también*
 SIDA (síndrome de
 inmunodeficiencia
 adquirida)
 en la madurez, 494
 transmisión del, al feto, 60-62
Vinci, Leonardo da, 86-87
Vinick, B., 586
Violencia doméstica, 330. *Vea*
 También Maltrato
Violencia
 criarse en la, 334
 en Estados Unidos, 330
 televisión y, 27-28
Virus de inmunodeficiencia
 humana. *Vea* VIH
Viser, E., 533
Viser, J., 533
Visión
 en la infancia, 140-143
 en la juventud, 414
 en la madurez, 486-487
 en la vejez, 556
Vitaro, F., 399
Viudos y viudas, 591-593, 613-
 614, 621

- Vivienda
 en la vejez, 592, 596-597, 597-600
- Vocabulario
 crecimiento del,
 en la infancia, 158-161
 en la niñez temprana, 222
 receptivo, 158
- Vogel, J. M., 304
- Vogel, M. L. V., 55
- Volumen, conservación del, 214
- Vondra, J. L., 328
- Vorhees, C., 62, 63, 64
- Voz pasiva, 287
- Vygotsky, L., 35, 152-153, 217, 224, 253, 289
- **W**
- Wagner, R. C., 304
- Wainryb, C., 317
- Waldron, I., 447, 448, 472
- Walford, R. L., 562
- Walk, R. D., 142-143
- Walker, A. S., 151
- Walker, D. L., 597
- Walker, L., 475
- Walsh, B. T., 353
- Walsh, M., 462
- Walters, R. H., 108, 265
- Wallace, C. M., 360
- Wallace, P., 456
- Wallace, S. D., 244
- Wallerstein, J., 326, 530, 531
- Walls, C. T., 585
- Wallston, B., 475
- Waring, J., 613
- Wass, H., 624
- Waterlow, J. C., 137
- Waterman, A. S., 380, 382, 383
- Waters, E., 170, 171, 173, 174, 176, 177
- Watson, A. J., 334
- Watson, J. B., 20
 experimento de, con el
 "pequeño Albert", 38
- Watson-Gegeo, K. A., 231
- Watts, J., 247
- Way, A., 559
- Weber, R. A., 179
- Weg, R., 491, 494, 496
- Wegman, M. E., 92
- Wehler, C. A., 278
- Weiffenbach, J., 556, 557
- Weikart, D. P., 214
- Weinberg, R. A., 102-103, 292, 294
- Weingarten, K., 457, 471
- Weinraub, M., 196, 256-257
- Weir, T., 473, 475
- Weisfeld, G. E., 354
- Weiss, R. S., 454
- Weissman, M. M., 518
- Weith, M. E., 598
- Welles-Nystrom, B., 179, 194
- Wenar, 240
- Werner, E. E., 117, 153
- Werner, Heinz, 35
- Wershow, H. J., 569
- Wertsch, J., 152-153
- Wertz, 100
- Whitbourne, S. K., 423, 429, 445, 447, 448, 472, 557, 579
- White, B. J., 336
- White B. L., 142, 247
- White, K. J., 336
- White, R. W., 209, 246
- Whitehurst, F. L., 223
- Whiteside, M. F., 533
- Whiting, B. B., 185, 232
- Whiting, J. W. M., 185
- Wildholm, O., 351
- Wilkie, J. R., 475
- Wilson, 102
- Wilson, C. S., 179
- Wilson, L., 324
- Wilson, P., 249
- Wille, D. E., 177, 180
- Williams, C. A., 363
- Williams, D. R., 500
- Williams, F., 225
- Williams, H. G., 276
- Williams, J. D., 356
- Williams, J. E., 257
- Williard, J. C., 336
- Willis, S., 424, 500, 505, 506, 564, 565
- Willwerth, J., 322
- Winch, R. R., 451
- Wing, R. R., 278, 279
- Winnie-the-Pooh (Milne), 202-203
- Winsborough, H. H., 413
- Winsler, A., 224
- Wise, L. L., 364
- Witter, W., 397, 398
- Wojahn, E., 588
- Wolfe, D. A., 361
- Wolfe, V. V., 328, 361
- Wolfenstein, M., 245
- Wolff, P. H., 125-126
- Women's Reentry Project, 506
- Woodbury, M., 613
- Woodcock, L. P., 207, 208
- Worden, J. W., 620
- Wortman, Silver, 621
- Wright, 418
- Wurtman, R. J., 571
- **Y**
- Yankelovich, D., 466
- Yonas, A., 142, 143
- Young, E. W., 361
- Youniss, J., 383
- Yu, A. P., 208
- **Z**
- Zahan-Waxler, C., 189-190, 251
- Zahn-Waxler, Smith, 251
- Zajonc, R. B., 267
- Zaporozlets, A. V., 209
- Zarit, S. H., 570
- Zelnick, M., 359
- Zellman, G. L., 363
- Zeskind, P. S., 57, 76
- Zigler, E., 401
- Zimmerman, M. A., 403
- Zlatnik, G., 47, 49, 50
- Zona de desarrollo proximal, 152-153, 217
- Zonas erógenas, 18
- Zuravin, S., 247

<http://booksmedicos.org>